ROK VII WARSZAWA 1933 PAŹDZIERNIK ZESZYT X

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO I POTRZEBOM
LEKARZA PRAKTYKA

REVUE MENSUELLE CONSACRÉE A LA LITTERATURE MEDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN.

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

Z Sanatorjum Kasy Chorych m. Warszawy w Zakopanem.

Stara i nowa nauka o suchotach płuc.

Podał
DR. KAZIMIERZ DĄBROWSKI,
kierownik Oddziałów: Krakus-Jaśka-Parnas.

W zapatrywaniach na powstawanie i rozwój suchot płucnych zaszły w ostatniem dziesięcioleciu znaczne zmiany. Poglądy dawne, zdawałoby się niezbicie pewne, uświęcone autorytetami powag naukowych, pod naporem faktów, świeżo spostrzeżonych, lub też inaczej niż dawniej interpretowanych, musiały ulec modyfikacji. Powstała w ten sposób „nowa nauka", związana przedewszystkiem z nazwiskami *Assmanna* i *Redekera*.

Istotę różnicy między starą i nową nauką nie stanowi jedynie odmienność zdań co do umiejscowienia pierwszego ogniska suchotniczego. Zwolennicy nowych poglądów, kładąc wprawdzie nacisk na częstość pozaszczytowej lokalizacji pierwszego ogniska, atakują dawne poglądy, tyczące się jego histopatologji, jego tendencyj i sposobów rozwoju, naukę *Rankego* o stadjach i allergji, wreszcie dawne zapatrywania, tyczące się kliniki suchot początkowych, zwracając szczególniejszą uwagę na niewystarczalność samego jedynie, choćby najdokładniejszego, badania fizykalnego. W konsekwencji następuje znaczne przewartościowanie pojęć.

I. Stara nauka.

1) Anatomja patologiczna.

Na sekcjach ludzi, zmarłych nie na gruźlicę płuc, stwierdza się w 98% poza zespołem pierwotnym szczytowe zmiany gruźlicze w postaci guzków, albo zupełnie zwłóknionych, albo obwłóknionych lecz zawierających wewnątrz masy serowate, albo wreszcie blizny opłucnowo-niedodmowe, uważane najczęściej za gruźlicze. Na sekcjach suchotników zmiany najstarsze znajdujemy w szczytach, zmiany zaś świeższe w częściach niżej położonych. Z zestawienia tych faktów wyprowadzono wniosek, że gruźlica płuc zaczyna się

w szczycie skupieniem gruzełków, które, narastając obwodowo, — serowacieją, rozmiękają od zewnątrz, pełzną w dół, dają przerzuty drogą oskrzeli w dół, gdzie osiadłe laseczniki wywołują powstawanie nowych gruzełków i sprawa rozwija się tam znów „da capo". W taki sposób miałby powstawać odszczytowo „żrący lupus płuc". Jeśli znajdowano początkowe świeże zmiany podszczytowo przy wolnych szczytach, uważano to za przysłowiowy wyjątek, potwierdzający regułę. *(Benda)*

Nikomu nie przyszło wówczas na myśl, by faktów — drobnych, zwykle wygojonych zmian szczytowych i rozległych zmian suchotniczych, nie łączyć ze sobą lecz tłómaczyć w sposób inny, mianowicie taki, że zmiany szczytowe są najczęściej tak dobrotliwe, że z nich suchoty się nie rozwijają (sekcje niegruźlików), a jeśli znajdujemy w rozwiniętych suchotach zmiany najstarsze w szczytach, mogły one powstać tam wtórnie, przez retrakcję i podgojenie ognisk wysiękowych podobojczykowych. Przyznać należy, że w erze przedrentgenologicznej, a nawet później, w czasach zdjęć odosobnionych, a nie seryjnych, nic do takiej interpretacji nie upoważniało.

Zapatrywania na histopatologję gruźlicy przechodziły również ewolucję. *Bayle* (1774 — 1816) widział w gruzełku elementarny twór gr. i obserwował przemianę gruzełka, aż do zserowacenia. *Laënnec* (1781 — 1826), uczeń *Baylego*, rozróżniał zmiany gruzełkowe i naciekowe, uznając, w przeciwieństwie do późniejszych zapatrywań *Virchowa* etjologję gruźliczą nacieku. Odkrycie lasecznika przyznało słuszność zdaniu *Laënneca;* stwierdzono, że nacieki galaretowate są zmianą gruźliczą, „dualizm" Virchowa stał się bezprzedmiotowy, lecz zjawił się nowy rodzaj dualizmu: podział procesów gruźl. na wysiękowo-serowate i wytwórczo-zagęszczające, związany z nazwiskami *E. Alberta* i *A. Fraenkla.* Dzieło tych autorów kontynuował *Aschoff* i jego szkoła. W/g *Aschoffa* ognisko gruźl. tworzy się zawsze w pęcherzyku płucnym, niezależnie od tego, czy lasecznik osiadł w nabłonku, czy w tkance śródmiąższowej. Ognisko może być bardziej wysiękowe lub bardziej wytwórcze. W odczynie zapalno-wysiękowym nagromadza się w pęcherzykach płucnych: wysięk, — delikatna siateczka włóknika, — duże komórki wysiękowe, zaliczane do komórek żernych, a pochodzące albo z kom. wyściółki pęcherzyków, albo z tk. mezenchymalnej, — pojedyńcze czerwone ciałka krwi, — leukocyty, — limfocyty, — obrzmiałe złuszczone komórki pęch. płucnych. Zejściem odczynu zapalnowysiękowego może być: 1) wessanie, 2) stwardnienie mięsiste (wówczas tk. łączna, wychodząca ze ściany pęch. pł., wypełnia całe pęcherzyki) 3) zejście najczęstsze, stłuszczenie elementów komórkowych wysięku i zserowacenie zarówno wysięku jak i miąższu płuc. Zserowacenie może w wypadku pomyślnym ulec zagęszczeniu, wyschnięciu, zwapnieniu, a nawet skostnieniu, w wypadku niepomyślnym — rozmiękczeniu, wessaniu lub przebiciu do oskrzela i wówczas powstaje jama.

Odczyn zapalno-wytwórczy cechuje się powstaniem gruzełka, składającego się z komórki olbrzymiej, — komórek nabłonkowatych, (pochodzących z układu śródbłonkowo-siateczkowego, albo z kom. wyściółki pęcherzyków) — i z limfocytów. Czasem w obrębie gruzełka zjawia się siateczka włóknika jako ślad komponenty wysiękowej, czasem także leukocyty, kom. plazmatyczne, a nawet naczyńka krwionośne. Gruzełek może mieć zejście pomyślne, o ile z części kom. nabłonkowatych powstanie istota włóknista, przemieniająca się w szklistą, i gdy gruzełek od zewnątrz zostanie otorbiony tk. łączną włóknistą. W wypadku niepomyślnym powstają z nowych gruzełków zlepy, serowaciejące od zewnątrz ku obwodowi. Serowacenie może zgęstnieć, nasycić się solami wapnia lecz może i rozmiękać, tworzyć jamy. Zależnie od obszaru mówimy o gruźl. groniastej lub groniasto-guzkowej (acinosa, acinoso-nodosa) Gr. wytwórcza miała być reakcją na bodźce, wychodzące od żywych bakteryj, wysiękowa zaś — odczynem na jady, pochodzące z rozpadłych laseczników. Forma wysiękowa uważana była za prognostycznie złowrogą ze względu na silną skłoność do serowacenia.

Poza temi sprawami histopatologicznemi anatomo-patologowie, zwłaszcza *Tendeloo* i *Ranke,* zajmowali się sprawą t. zw. zapalenia okołoogniskowego, które dla krótkości będę nazywał zapaleniem albo naciekiem okolnem. (zap. ok.) Często dookoła ognisk wysiękowych, zwłaszcza zserowaciałych, a rzadziej dookoła ognisk

wytwórczych powstaje mniej lub więcej rozległy wysięk, zajmujący przeważnie pęcherzyki płucne, a czasami również i przegrody międzypęcherzykowe — składający się z płynu surowiczego z dużą ilością białka i z dość licznych komórek wysiękowych. Można w nim znaleźć niekiedy prątki gr., częstszym jest jednak jego charakter niespecyficzny. Naciek okolny może zjawiać się także i między ogniskami gr. nawet w większej od nich odległości, może być różnego kształtu i różnej wielkości. Wysięk taki wywołany jest jadami i zależnie od ich siły zmienia się jego natura (włóknikowo-surowiczy, komórkowo-ropny, mięszany). Zap. okolne może się wessać, zwłóknieć, zserowacieć i rozpaść, przeważnie jednak jest to sprawa dobrotliwa, cofająca się.

Sprawa zapaleń okolnych była omawiana w literaturze, zwł. francuskiej, już dawno pod różnemi nazwami. Przypomnieli ją w 1920 r. *Eliasberg* i *Neuland*, ogłaszając pracę o naciekach epituberkulicznych u gruźliczych niemowląt i dzieci. Nacieki te miałyby się oznaczać klinicznie nieuchwytnym początkiem, dobrym stanem ogólnym, brakiem laseczników w plwocinie i silną skłonnością do cofania się, czyli b. dobrem rokowaniem. *Eliasberg i Neuland* uważali epituberkulozę za specjalną postać nacieków, *Rüscher* jednak identyfikuje ją z zapal. okołoogniskowem, uważając, że jest to sprawa „zapalno niespecyficzna, — etjologicznie specyficzna".

Streszczając się, można powiedzieć, że stara nauka na terenie anatomji patologicznej była 1) dualistyczna ze względu na wyodrębnianie spraw, od początku wytwórczych i — od początku wysiękowych. 2) Sprawy wysiękowe uznawano „a priori" za złowrogie. 3) Zapalenie okołoogniskowe znano, jednak nie podkreślano dostatecznie jego znaczenie w obrazie anat.-pat. i klinicznym gruźlicy. 4) Głoszono dogmat odszczytowego rozwoju suchot, pomijając istniejące już wówczas głosy krytyki tego „dogmatu".

2. Nauka Rankego.

Rozmaitość przebiegu gruźlicy u człowieka, znajdowanie na sekcjach u dzieci zespołu pierwotnego, mniej lub więcej czynnego, a na sekcjach ludzi dojrzałych w jednych wypadkach jedynie zespołu pierwotnego, w innych zaś śladów posiewów krwiopochodnych, a w jeszcze innych rozwiniętej ciężkiej gruźlicy płuc, obserwacje wreszcie gruźlicy pozapłucnej, krwiopochodnej narzucały lekarzom konieczność ujęcia przebiegu gruźlicy w jakiś schemat, któryby uczynił zrozumiałym ów pozorny chaos. Stąd podział gr. we Francji na gr. dziecięcą i gr. ludzi dojrzałych. W Niemczech już *Cohnheim* porównywał przebieg gr. z przebiegiem kiły. W r. 1897 *Petruschky* zaproponował podział przebiegu gr. na 3 stadja, kierując się momentami anatomo-pat. I st. miało obejmować jedynie schorzenia gruczołów limfatycznych. II st. — tworzenie się w tkankach gruzełków bez objawów rozpadu. Do st. III. zaliczać się miały procesy płucne wrzodziejące, połączone z rozpadem tkanki. Myśl *Petruschky'ego* podjął *Karol Ranke* anatomopatolog, pedjatra i filozof, dzieląc przebieg gr. też na 3 stadja, lecz opierając się nietylko na zmianach anat.-pat., zachodzących w narządach, lecz kładąc nacisk na zachowanie się całego ustroju, podkreślając ważność zjawisk immuno-biologicznych, na podłożu których rozwijają się zmiany anat.-patologiczne.

Prątki, dostawszy się do ustroju w stosunku do gruźlicy dziewiczego, wywołują w płucach ognisko wysiękowe, bardzo szybko serowaciejące. Zapoczątkowuje ono I okres gruźlicy. Ognisko to, bronchopneumoniczne, położone najczęściej blisko opłucnej, umiejscowione przeważnie w dolnych częściach płuc, częściej po stronie prawej, ma silną tendencję do wapnienia, a nawet kostnienia. Jednak od tego ogniska pierwotnego idzie zakażenie wzdłuż dróg limfatycznych przynaczyniowych i przyoskrzelowych, poprzez gruczoły limfatyczne wewnątrzpłucne do najbliższych gruczołów wnękowych. Z ich zajęciem powstaje zespół pierwotny. Dalsze szerzenie gruź. odbywa się przeważnie z komponenty gruczołowej, gdyż ogn. pierw. wcześnie ulega zagojeniu. Zajęte zostają per continuitatem jedne gruczoły za drugiemi, zakażenie dochodzi do grucz. przytchawicznych i do kąta żylnego. Jest to droga wstępująca, krótsza, którą bakterje dostają się do lewej żyły podobojczykowej, systemu górnej żyły próżnej, co w następstwie prowadzi do wysiewu do płuc. Inna droga, zstępująca, dłuższa, wiedzie z kl. piersiowej przez pakiety dolnego śródpiersia i grucz. paraa-

ortalne do jamy brzusznej, gdzie wzdłuż krzywizny małej żołądka i górnego brzegu trzustki dostaje się infekcja do cysterna chyli i poprzez ductus thoracicus do krwi.

Z chwilą dostania się laseczników do obiegu krwi organizm wstępuje w stadjum drugie, w st. t. zw. generalizacji, które może zakończyć się śmiercią, np. wskutek wysiania się na opony mózgowe, lecz może ulec po krótszem lub dłuższem trwaniu zaleczeniu. Innem wreszcie zejściem okresu uogólnienia jest ucichnięcie wysiewów krwiopochodnych i zagnieżdżenie się gruźlicy w jednym narządzie, gdzie rozwija się wolno lecz systematycznie. Jest to stad. III, okres suchot odosobnionych.

Każdemu ze stadjów towarzyszy, w/g pojęć *Rankego*, swoista allergja. Wielopostaciowość gruźlicy zależałaby właśnie od stanów allergicznych i od dróg, jakiemi gr. się szerzy. W pierwszym okresie istniałaby więc all. stwardniająca, dzięki której zespół pierwotny goi się i nie dochodzi do suchot płucnych. Okres II. charakteryzowałby się all. nadwrażliwościową, czyli wysiękową. Od niej zależałoby skłonność organizmu do reagowania w tym okresie gwałtownemi odczynami zapalno-wysiękowemi na jady laseczników. W późnej fazie okresu II. ustrój uczy się obrony, reaguje mniej nerwowo i dlatego odczyny zapalne nie są tak gwałtowne. Pozatem lasecznik, szerząc się w tym okresie drogą krwi lub chłonki, stykając się z sokami ustroju, opłókiwany z toksyn i tracący swe siły żywotne na skutek reakcyj obronnych — soków, nie może, o ile szerzenie infekcji jest rzeczywiście wolne, — wywoływać reakcyj gwałtowniejszych. Gdy prątek zagnieździ się w tkance i stworzy ognisko, jest ono raczej dobrotliwe. Ostre odczyny zdarzają się w późniejszej fazie II okresu, o ile dojdzie do posiewu wewnątrz-kanalikowego, albo do masowego wysiewu krwi, albo do ciężkich zakażeń dodatkowych. Charakterystycznem zjawiskiem drugiego okresu jest silny udział grucz. limf., które są obrzmiałe. Pod koniec II okr. wysiewy krwiopochodne cichną coraz bardziej i *Ranke* przypisuje to powstaniu odporności sokowej. Organizm wchodzi w st. III, w okres suchot izolowanych. Lasecznik nie może usadowić się byle gdzie, gdyż ustrój zdobył pewną odporność tkankową. Jest jeden narząd o mniejszej odporności: płuco. Tu przyjęty przez zakażenie dodatkowe — lasecznik wywoła zmiany. Będą się one szerzyć powoli drogą kontaktu, — chłonną, najczęściej wewnątrz-kanalikową. Jednak organizm nie reaguje już gwałtownemi odczynami zapalnemi, gdyż wyszedł z fazy alergji wtórnej. Bez reakcji tkankowej, bez odczynu zapalnego przychodzi do zserowaceń i rozmiękczeń, do tworzenia się jam, do kolosalnych nieraz destrukcyj narządu. Suchoty szerzą się szybciej lub wolniej, zależnie od zdobytej odporności. Istnieje duża tendencja do włóknienia, niema wysiewów krwiopochodnych, niema obrzęku gruczołów wnękowych, jednak proces sunie się powoli lecz stale, zalewając obszar całych płuc.

Ranke, stwarzając swą koncepcję przebiegu gruźlicy, podkreślał 1) nieodwracalność stadjów i stanów alergicznych, 2) konieczność przejścia przez okres pierwszy, możliwość przeskoczenia przez okres drugi oraz zatrzymanie się na okresie I lub II. 3) Za kryterjum obecności stadjum II. uważał R. istnienie reakcji gruczołowej i skoków krwiopochodnych. Kompozycja *Rankego* była pomocnem narzędziem teoretycznem w badaniach nad gruźlicą, wywarła olbrzymi wpływ na ftizjologję, zwłaszcza niemiecką, jednak w całości swej nie wytrzymała konfrontacji z rzeczywistością. Zbyt była schematyczną, aby być prawdziwą.

3. Nauka o zakażeniu czyli „reinfekcji".

Ranke twierdził, przynajmniej w pierwszych swych pracach, że w końcu II okresu niema wysiewów krwiopochodnych. Ponieważ suchoty płucne musiały brać skądś swój początek, w lukę między II i III wsunął możliwość ponownego zakażenia z wewnątrz, które zapoczątkowałoby okres III, stadjum suchot izolowanych. Chodziło o rzecz wielkiej wagi: czy suchoty są dziełem nowego szczepu prątków, czy też kontynuacją pierwotnego zakażenia? *Ranke* pod koniec swego życia wycofał się ze swego pierwotnego stanowiska, przyjmując możliwość wysiewów krwiopochodnych także w późnej fazie okr. II i w okr. III. Suchoty mogłyby wywodzić się z takiego późnego wysiewu, a więc genetycznie pochodzić od ogniska pierwotnego. Jednak zarówno we Francji, jak i w Niemczech, przyjęła się nauka

o reinfekcji. Szczególną zasługę na tem polu położył *Aschoff* i jego szkoła. *Aschoff* wyodrębnił w przebiegu gr. 2 okresy: okres zakażenia pierwotnego (I i II st. *Rankego)* i okres reinfekcji, obejmujący suchoty ludzi dojrzałych. Reinfekcja miała następować po ucichnięciu wysiewów krwiopochodnych, po pewnem zakończeniu zjawisk patomorfologicznych pierwszego zakażenia, odbywać się miała drogą egzogenną, per inhalationem, i usadawiać się w częściach szczytowych płuc. Pierwszem ogniskiem reinfekcji miało być ognisko, odnalezione i opisane anatomo i histopatologicznie przez ucznia *Aschoffa* — *Puhla.* Ognisko *Puhla* w stanie świeżym przedstawiało wytwórczą groniastą gruźlicę i było zwykle otoczone mniej lub więcej szerokim pasem wysięku. Ognisko takie w stad. późniejszych otoczone bywa mniej lub więcej kompletnie tkanką łączną. Z takiego reinfektu rozwijały się odszczytowo dalsze ogniska. „Równocześnie z przemianą induracyjną starych ognisk rozwija się żrący lupus płuc". *(Aschoff).*

Zaznaczyć należy, że poglądy *Aschoffa* uległy między 1921 — 1929 r. pewnej zmianie. *Aschoff* nie upiera się obecnie przy lokalizacji czysto szczytowej swego reinfektu, pozatem uważa, że naciek wczesny *Assmanna* i *Redekera* jest świeżem stadjum reinfektu.

4. Klinika.

Klinika skwapliwie przyjmowała zarówno wyniki badań anat.-pat., jak i teoretyczną budowę *Rankego;* wchłonęła pojęcie reinfektu *Aschoffa* i szereg teoryj o specjalnej dyspozycji szczytów do schorzenia gruźliczego. *(Freund, Hart, Schmorl, Backmeister, Orsos, Loschcke).* Wszystko to zdawało się potwierdzać spostrzeżenia kliniki, znajdującej fizykalnie pierwsze objawy czynnej gr. w szczytach, w partjach nadobojczykowych. Z odkryciem lasecznika klinicysta upoważniony był do stawiania diagnozy gruźlicy, o ile znajdował w plwocinie prątki. Sprawa jednak bywała wówczas już zbyt zaawansowana i trudna do leczenia, zwłaszcza wobec zbyt rzadkiego stosowanie terapji uciskowej. Należało więc szukać objawów suchot, zanim chorzy zaczną prątkować, zanim zjawią się wyraźne objawy kliniczne, należało szukać p o c z ą t k ó w owej phthisie occulte ou en germe *(Bayle).* Ważność rozpoznania początków gruźl. płuc i oddzielenie ich od objawów prątkowania rozumiał szczególnie *Grancher* (1900) i stworzył precyzyjny sposób badania szczytów, który przyjął od niego i rozpowszechnił *Turban,* budując na nim rozpoznanie wczesnych form suchot. Równocześnie szuka się i innych objawów objektywnych i subjektywnych, któreby były charakterystyczne dla początkowej gr. płuc. (stany podgorączkowe, bóle w kl. piers., poty, przyśpieszone tętno, pokasływanie, żyłki krwi w plwocinie i t. d.) Przesubtelnienie diagnostyki szczytowej dochodzi do tego, że tylko nieliczni osiągają umiejętność tej nadzwyczaj subtelnej diagnostyki. Nic dziwnego, że każde skrócenie wypuku, każdy zaostrzony wdech lub wydłużony wydech wzbudza u lekarzy praktyków podejrzenia, czy aby nie jest oznaką subtelnych zmian anat.-pat. Chorobliwa podejrzliwość stwarza słynne a p i c i t i s, na które leczono „zapobiegawczo" różnych Hansów Castorpów na licznych Czarodziejskich Górach, czekając nieraz latami na zniknięcie kilku kresek powyżej 37 i na... oddech pęcherzykowy. W początkach ery rentgenologicznej rentgenolodzy, zasuggerowani oficjalną nauką, przywiązują zbyt wielkie znaczenie do subtelnych zamgleń szczytowych, do „gorszego wyjaśniania się szczytów przy kaszlu", szuka się jednem słowem, zmian w *szczytach.* Wprawdzie już wówczas *F. v. Müller, Rieder, Sturz, Schut,* stwierdzają, że gr. nie zaczyna się w szczytach, jednak ponieważ brakowało dowodów anat.-pat., spostrzeżenia ich zlekceważono.

Klinika znała oczywiście postacie suchot, zaczynające się ostro; u nas *A. Sokołowski* opisał postacie ostrawe, mające wiele podobieństwa z naciekami wczesnemi, zwłaszcza, że *A. Sokołowski* widział przypadki, gdzie ostrawa sprawa cichła, dając później obraz przewlekłych suchot. Naogół uważano jednak sprawy ostre i ostrawe za beznadziejne, kończące się po kilku tygodniach, czy miesiącach śmiercią. Znano również przebieg gruźlicy w skokach.

Streszczając można powiedzieć, że dawna klinika gruźlicy 1) wyolbrzymiała znaczenie nieznacznych zmian szczytowych, oraz objawów ogólnych, jak stany podgorączkowe, złe samopoczucie i t. p., 2) nie doceniała zdolności regresywnych ostra-

wych spraw wysiękowych. 3) Miała zbyt wielkie zaufanie do metod badania fizykalnego, które, jak się okazuje, a) nie jest w stanie rozpoznać nacieków, a nawet jam, głęboko umiejscowionych, b) nie jest w stanie ściśle określić lokalizacji ogniska, gdyż rzężenia, wysłuchiwane w szczycie, mogą pochodzić z ogniska podobojczykowego, c) zmiany szmerów oddechowych i rzężenia nie świadczą jeszcze o zmianach anatomo - patologicznych, względnie o czynnej sprawie gruźliczej. 4) Klinika nie zdołała dostrzec, że początek przewlekłych suchot zaczyna się w ogromnej ilości przypadków ostro, grypowo, tak właśnie, jak formy ostrawe, a nie skrycie i przewlekłe — jak pisano w podręcznikach uniwersyteckich.

To, co nakreśliłem, jest jedynie przekrojem dawnej nauki. Różnice zdań istniały i wówczas. I tak, w okresie powszechnego uznawania dogmatu o odszczytowem rozwoju suchot, w r. 1912 *Schut,* opisując wysiękową formę gruźlicy, pisze o okolicy podobojczykowej: „dla gr. płuc jest to obszar o szczególnej ważności. Tutaj znajdujemy wogóle pierwsze, a później najcięższe zmiany. Daleko mniejsze znaczenia ma dla rozpoznania gruźlicy część, położona nad obojczykiem, część szczytowa". Niemniej jednak *Schut* nie potrafił narzucić tych zapatrywań ogółowi ftizjologów.

II. Nowa nauka.

1) Podstawy nowej nauki.

T. zw. nowa nauka nie stanowi systemu pewników. Pisząc o niej, chcę dać znów tylko pewną przeciętną poglądów, panujących dzisiaj, uwzględniając szczególnie zapatrywania *Assmanna* i *Redekera* — oraz *Waltera. Redeker* jest bojowym przedstawicielem nowego kierunku, on bowiem poddał krytyce dawne tezy i czerpiąc potrzebny materjał z różnych źródeł (nieraz od swych przeciwników), stworzył nowy system pojęć o rozwoju i przebiegu suchot płucnych.

A. Anat. Patologiczna.

Od *Hübschmanna,* niezaliczającego się zresztą do zwolenników nowych poglądów, zaczerpnął *Red.* materjał do krytyki dualizmu *Aschoffa. Hübschmann* mianowicie uważa, że każde ognisko gr. jest początkowe wysiękowe, wytwórczość jest stanem późniejszym, a ostateczną fazą jest blizna. H. odrzuca możliwość powstawania ognisk gr., od początku wytwórczych, tak jak i możliwość serowacenia zmian wytwórczych. Serowacenie może powstać jedynie w st. wysiękowem, a jeśli występuje w gruzełkach, daje się tam zauważyć świeży skok wysiękowy. Zapalenie serowate nie jest osobnem schorzeniem, lecz odpowiada silnie wyrażonemu stadjum wysiękowemu. Gruzełek nie jest samodzielnym tworem, tylko fazą wytwórczą tego samego procesu, w którym wysięk, wskutek pewnych okoliczności, ustąpił. Stadjum wysiękowe może się cofnąć zupełnie i to jest wyleczenie. O ile nastąpiło zserowacenie, cofnąć się ono najprawdopodobniej nie może. W toku fazy wytwórczej możliwe jest wyleczenie jedynie z defektem. Wspomnę tutaj, że *Fleischner* na przykładzie przypadku *Rubinsteina* uważa, że wessaniu ulec może także tk. gruźlicza wytwórcza.

Zapalenie okołoogniskowe jest w/g H. następstwem wzmożonej przemiany materji w świeżych ogn. gr., i powstaje pod wpływem jej produktów oraz wytworów przemiany materji prątków gr.

Świeże ogniska szczytowe obserwował H. jedynie u dzieci w wieku lat 2 — 8. Uważa je za przerzuty krwiopochodne, a za reinfekt — każde ognisko, powstałe po ognisku pierwotnem, — obojętne, czy powstało ono w kilka dni, czy w kilka lat po niem.

Ostatnie spostrzeżenia H. posłużyły *Redekerowi* do krytyki nauki o reinfekcie i do zanalizowania znaczenia zakażeń dodatkowych. Jeśli ogniska szczytowe mają jakiekolwiek znaczenie dla powstawania suchot, to suchoty powinny się rozwijać raczej w dzieciństwie, gdy ogniska są jeszcze świeże. *Redeker* wskazuje, że między ogn. pierwotnem, a reinfektem powstaje w płucach cały szereg ognisk, których stosunek do suchot winien być zanalizowany. Skąd wiadomo, że reinfekt powstaje przez nowe zakażenie z zewnątrz? *Aschoff* godzi się obecnie ze zdaniem *Nicola,* że naciek wczesny jest ostrem stadjum reinfektu *Puhla.* Dlaczego jednak przeoczał poprzednio, przed publikacjami *Assmanna* i *Redekera* takie właśnie ostre stadja swego reinfektu?

B. Krytyka nauki Rankego.

Redeker uznaje wprawdzie naukę *Rankego*, lecz zmienia w niej tezę, może najistotniejszą, t. zn. pogląd o nieodwracalności stadjów i stanów allergicznych. W przebiegu gr. płuc daje się zaobserwować stałe falowanie dwóch rodzajów allergji: wtórnej, wysiękowej — i trzeciorzędowej, biegnącej równolegle do induratywnej przemiany ogniska. Narodzinom każdego nowego ogniska w każdem stadjum towarzyszą miejscowo i ogólnie objawy allergji wysiękowej, która może zostać przezwyciężona, ustępując miejsca all. III-rzędowej; wówczas ognisko mniej lub więcej kompletnie się goi. Problem all. jest bardzo skomplikowany. Do terminu tego przywarła z biegiem lat najrozmaitsza treść i tak różne definicje, że należałoby się zawsze upewnić, co dany autor pod allergją rozumie. *Redeker*, podobnie jak i *Pirquet*, uważa, że all. cechuje się raz nadwrażliwością, raz odpornością (immunitas), przyczem pod immunitas podsuwa wszystkie czynniki odpornościowe, zdobyte: specyficznie przez przechorowanie się, — zyskane kondycjonalnie i — dane konstytucjonalnie. Uznając doniosłość all. specyficznej, nie lekceważy *Redeker* czynników niespecyficznych i w swych pracach podkreśla kolosalne znaczenie układu wegetatywnego i wpływów hormonalnych. W wieku dojrzałym gr. szerzy się wolniej, ponieważ organizm, zwalczając wiele zakażeń niespecyficznych, przeprowadził swój stan allergiczny z okresu all. wtórnej w trzeciorzędową. Pozatem system wegetatywny stał się bardziej zrównoważony, może dlatego, że niema już erupcji hormonalnej, właściwej wiekowi pokwitania, w którym, jak wiadomo, gruźlica się obostrza i ma przebieg wybitnie złośliwy.

Teorję *Rankego* krytykują poza *Redekerem: Hübschmann, Curschmann, Ziegler, Blumenberg, Nicol, Beitzke, Bronkhorst* i inni. Z naszych autorów sprawę allergji omawiali: *Michałowicz, Popowski, Skibiński, Berlin* i inni. Zasadnicze argumenty, zbijające naukę o stadjach, są następujące: 1) w wielu wypadkach nie można stwierdzić regularnego przebiegu trzech stadjów *(Ranke* ten zarzut uprzedził), 2) oddzielenie st. II od III na podstawie obecności lub braku wysiewów krwiopochodnych, oraz reakcji gruczołów — prowadzi do nieporozumień. 3) Połączenie trzech faz allergji z trzema stadjami gruźlicy nie da się utrzymać.

Pojęcie zapalenia okolnego gra u *Redekera* b. ważną rolę, gdyż ognisko gruźlicze i zapalenie okolne stanowią wspólnie substrat anatomo - patologiczny gruźlicy wysiękowej. Stan i rozwój zapalenie okol. jest ilustracją aktywności ogniska i uczulenia otaczającej ognisko tkanki. Wszystkie czynniki, wzmagające jedno lub drugie, potęgują zapalenie okolne. Czynniki takie mogą być swoiste (toksyny bakteryj), albo nieswoiste (słońce, czynniki klimatyczne, leczenie bodźcowe, nieodpowiednio dawkowane), przyczem dużą rolę gra napięcie układu wegetatywnego i wpływy hormonalne.

Red. zapożycza od Francuzów pojęcie skoku chorobowego (poussé evolutive). Jest ono antytezą dawnych zapatrywań o powolnym lecz stałym (o skradającym się początku), — rozwoju suchot z ogniska szczytowego. Skok choroby, to albo tworzenie się nowego ogniska, albo obostrzenie dawnego, drzemiącego, — z zejściem oczywiście różnem. Szereg ognisk, powstałych skokami, robi w sumie wrażenie powolnej ewolucji choroby od szczytu do przepony. Skok choroby może być niewykryty zwykłem badaniem fizykalnem i niezauważony obserwacją kliniczną. Jedynie badanie rentgenologiczne jest w stanie odkryć ognisko, głębiej położone, i powiedzieć nam — oczywiście z pewną jedynie dozą prawdopodobieństwa — o jego tendencjach rozwojowych.

„Nowe poglądy o przebiegu gr. płuc w skokach, zaczynających się zawsze stanem wysiękowym i kończących się po przezwyciężeniu skoku zmianami wytwórczo marskiemi, tworzą wspólnie z nowemi zapatrywaniami o kliniczno - rentgenologicznym obrazie różnych skoków i ich następstw, treść tego, co z innej strony nazywają chętnie nową nauką". Tak charakteryzuje *Redeker* „nową naukę".

2. Część szczegółowa.

A. Naciek wczesny.

Punktem wyjścia nauki o nacieku wczesnym (skrót n. wcz.), był opis „typowej formy odosobnionego, płucnego ogniska gruźliczego w klinicznym początku choroby'. „Były to pierwsze wielkiej wagi ogniska u osób praktycznie zdrowych, przy wystąpieniu pierwszych, klinicznie podej-

rzanych objawów". Obserwacje te poczynił w r. 1922 *H. Assmann*, profesor polikliniki w Lipsku. W r. 1924 opisuje *Ass.* podobne ogniska u dzieci. W 1926 *M. Redeker* ogłasza własne obserwacje podobnych ognisk, stwierdza ich częstą lokalizację podobojczykową i zwie je naciekami wczesnemi, przesądzając w ten sposób charakter anatomo - patologiczny tych ognisk. Ostatecznie przyjmuje się w literaturze termin, utworzony przez *Simona:* naciek wczesny. W r. 1925 *Ass.* rozwinął naukę o odkrytem przez siebie ognisku, rozważając związane z niem różne problemy, jednak szczególniejsze zasługi dla nowego odkrycia położył *Redeker*, który włącza do nauki o n. wcz. zagadnienia immuno - biologiczne. W szeregu prac oraz w książce (2 wydania) rozstrząsa *Red.* szczegółowo stosunek n. wcz. do suchot płucnych, podkreślając, że n. wcz. jest początkiem prawie wszystkich postaci suchot pł. ostrych i przewlekłych.

Pojęcie n. wcz., jakkolwiek silnie stygmatyzowane etjologją i patogenezą, jest pojęciem przedewszystkiem rentgenologicznem, gdyż odkrycie swe zawdzięcza promieniom X. N. wcz. odkryć można raczej prześwietleniem, niż fotografją, gdyż o ile jest mały i nikłej gęstości, może się skryć za cieniem żebra. Podczas prześwietlania należy wąską blendą przeszukać wszystkie pola pł., chorego poruszać, obracać, odsuwać łopatki, kazać badanemu cały czas głęboko oddychać. Po ustaleniu obecności nac. wcz. należy oczywiście zrobić fotografję.

N. wcz. jest cieniem, którego w i e l k o ś ć waha się od rozmiarów wiśni *(Redeker)*, do rozmiarów b. dużych, np. płata. Kształt małych ognisk jest przeważnie okrągły, prostokątny lub romboidalny (co, w/g *Herrnheisera,* ma odpowiadać naciekowi zrazika), większych natomiast — jest nieregularny, „rozlany"; stosownie do tego i g r a n i c e małych nacieków są ostro odgraniczone, większych zaś — nieostre, zamazane, miękkie. Często, w/g *Fleischnera,* wachlarzowate, pasmowate cienie łączą naciek z wnęką. Pasma te mają być wyrazem zapalenia nacz. chłonnych, zapalnego obrzęku tk. łącz. śródmiąższowej, okołonaczyniowej i okołooskrzelowej. G ę s t o ś ć cienia przechodzi gradacje od ledwo dostrzegalnego obłoczka (Keilson) do zupełnego zaciemnienia. S t r u k t u r a nacieku może być równomierna, albo też obłoczkowato - pasemkowato - plamista. Na gęstość i strukturę ogniska wpływają: 1) własności anat.-pat. ogn., a więc jakość nacieku, grubość warstwy nacieku, wzgl. obrzęku zapalnego okolnego, 2) zmiany anat.-pat. innych części płuc, leżących w obrębie wiązki promieni (możność sumowania się cieni, np. zwapniałego ogniska, leżącego poza naciekiem; to samo tyczy się projekcji naczyń i oskrzeli, leżących przed lub za ogniskiem, a które uwidoczniają się dopiero „na tle" zaciemnienia). 3) Złożone warunki fizykalno - techniczne, związane z badaniem rentgen. 4) Własności fizjologiczne oka, które na tle pewnego zamglenia łatwiej dostrzega kontrasty.

Z tych powodów cień z gęstszem centrum, wyjaśniający się ku obwodowi, niekoniecznie musi być oznaką zserowaciałego centrum — jak chce *Kupferle,* gdyż, jak tłumaczą *Fleischer* i *Herrnheiser* — może być wywołany grubszą warstwą wysięku w centrum, niż na obwodzie. Podobnie i plamkowato - pasemkowate ogniska niezawsze są wyrazem bliznowacenia albo odwrotnie — rozrzedzenia, gdyż tłumaczyć się mogą niewypełnieniem wszystkich pęcherzyków wysiękiem, drobniutkiemi centrami rozmiękczeń, bądź też efektem rzutów zwapnień pozaogniskowych, naczyń, oskrzelików i t. p.

L o k a l i z a c j a.

Większość nacieków umiejscowiona jest podobojczykowo (53 — 62%), jednak n. wcz. może zjawić się w każdej części pola pł., także w szczycie, choć taka lokalizacja zdarza się najrzadziej. Charakterystycznem dla lokalizacji jest to, że n. wcz., leżące bardziej doprzeponowo, są większe od położonych bardziej doszczytowo. Wszystkie znajdują się w bliskości brózd międzypłatowych, które często widoczne są w postaci pasma. Czasem koło właściwego ogniska znajduje się strefa zaciemnień drobnoplamistych, pochodzących z posiewu aspiracyjnego od ogniska macierzystego. Nieraz, nawet w klinicznie b. świeżych przypadkach, nie widzimy już właściwego nacieku, tylko odosobnioną jamę — „jamę wczesną" — wynik prędkiego rozpadu nacieku.

R o z p o z n a n i e r ó ż n i c o w e.

Operując terminem n. wcz., myślimy o początkach suchot. Sama jednak plama w

rentgenie nic nam o swej genezie i etjologji nie mówi. Przed postawieniem więc diagnozy nac. wcz., czyli suchot, należy rozważać szereg spraw, dających obraz identyczny lub podobny. Do tych rozważań różnicowych rentgen. wciągnąć należy całokształt badań kliniczno - laboratoryjnych wraz z obserwacją kliniczno-rentg., gdyż bez tego można łatwo popełnić błąd rozpoznawczy. Tak więc obraz n. wcz.-ego należy różniczkować z: 1) kilakiem, 2) nowotworem, 3) niedodmą, wywołaną przez ucisk powiększonego grucz. przytchawiczego, czy przyoskrzelowego. 4) *W. Löfler* z Zurichu zwraca uwagę na przejściowe nacieki, robiące wrażenie n. wcz., niemające jednak — jego zdaniem — nic wspólnego z gruźlicą. Autor ten przypuszcza możliwość istnienia oligosymptomatycznych form pneumonij, niedających żadnego obrazu klinicznego i wsysających się tak szybko, że jedynie przypadkiem możemy je wykryć i to tylko promieniami rentgena. L. spostrzegał szereg takich przypadków, gdzie powstawały 1 — 2 nacieków, znikających b. szybko, np. w ciągu 10 dni, poczem zjawiał się nowy naciek; ten wsysał się również szybko, poczem następował stan wyleczenia. Objawów klinicznych nie było żadnych, z wyjątkiem eozynofilji, przy braku pasożytów. W wielu wypadkach ludzie tacy nie reagowali na tuberkulinę. L. nazwał te nacieczenia — fluchtige, succedane Infiltrate — nacieki przejściowe, kolejno po sobie występujące. 6) Dziś, gdy wielu autorów poddaje rewizji klinikę zapalenia płuc odoskrzelowego i w przebiegu zakażeń grypowych, należałoby zwrócić uwagę na to, że schorzenia te, zarówno obrazem rentgen., jak i przebiegiem klinicznym mogą imitować początkową gr. płuc, zwł. n. wczesne. *Liebmann* i *Schinz,* dając przegląd obrazów rentg. zapaleń płuc w przebiegu influenzy, wyróżniają rentg. 4 formy, z których 4-ta, „pseudozrazikowa" (jednolite, często ostro płatowo ograniczone cienie) wykazuje szczególne podobieństwo do n. wcz. Podobnie i *Hilde Wolff,* podkreślając skąpość objawów wypukowowysłuchowych w przebiegu zapaleń płuc grypowych, stwierdza rentgen. duże zmiany w postaci cieni okrągłych, owalnych, nieregularnych, łudząco przypominających początkową gr. pł. *Treupel, Kayser-Petersen, Stoffel,* opisując pneumonje grypowe, kładą nacisk na konieczność badania flegmy, celem odróżnienia takich spraw od gruźlicy. Podobnie wypowiadają się *Friedlander* i *Laschi, Ulrich, Uspenski* i in. Rozpoznawanie różn. tych postaci pneumonij jest dlatego tak trudne, że mogą one mieć, podobnie jak i n. wcz., ostry grypowy początek, nadzwyczaj nikłe objawy kliniczne i często b. szybko się rozsysają. Właściwe rozpoznanie możliwe jest jedynie na podstawie dokładnych wywiadów, znajomości przebiegu, dokładnej obserwacji klinicznej i rentgenologicznej.

Anatomja patologiczna nacieków wczesnych.

W/g *Assmanna,* niema dotychczas badań anat.-pat. prawdziwych nacieków wczesnych, lecz są tylko kontrole a-p. takich przypadków, które za życia wykazywały rentg. obraz, podobny do n. wcz-ego, a który to obraz istniał w starym procesie gruźliczym. Na podstawie tych danych wysnuł *Assmann* wniosek o serowato zapalnym charakterze nacieku. Zdanie *Assmanna* nie jest jednak słuszne, gdyż w rzeczywistości anat.-pat. badania nacieków wcz. przeprowadzili *Kudlich* i *Reimann, Rubinstein, Pożaryski, Stefko, Pagel, Schurmann* i *Mischkowsky.* Badań jest niewiele, gdyż tylko przypadkowo można obdukować chorych z n. wcz. Należy bowiem udowodnić, że ognisko, badane sekcyjnie, jest takiem, jakie klinika nazywa naciekiem wcz. Potrzebna jest więc przedśmiertna obserwacja kliniczna, badanie rentgenologiczne, znalezienie laseczników jako niezbitego dowodu etjologji gruźliczej. Taki cudowny zbieg okoliczności może się zdarzyć wyjątkowo.

Badania anat.-pat. mają wyjaśnić: 1) kwestję budowy histopatologicznej, 2) sprawę lokalizacji, 3) stosunek n. wcz. do innych zmian gruźliczych, istniejących w organiźmie. Co się tyczy budowy histopat., klasycznym jest przypadek *Rubinsteina* z Moskwy, gdzie u pewnej dziewczynki stwierdzono rentgenologicznie zaciemnienie, idące od prawej wnęki ku obwodowi. Ponieważ w ciągu 4 miesięcy dziecko gorączkowało wieczorami do 39,6 przy rannych spadkach do 36,0 — 38,0 a obraz rentgenol. nie wykazywał poprawy, rozpoznano pleuritis interlobaris exsudativa dextra, a później empyema interlobare. Na stole operacyjnym przekonano się, że jest to naciek Redekerowski. Badanie histologiczne wyciętego skrawka wy-

kazało, że miąższ płuc przetkany był elementami okrągło komórkowemi, nabłonkowatemi i fibroblastycznemi, nabłonkami pęcherzyków pł. i komórkami olbrzymiemi przy oznakach poczynającej się nekrobiozy. Po dwóch i pół latach (kuracja na Krymie) naciek wessał się, zostawiając wzmożenie rysunku płucnego. *Schmincke* obdukował przypadek, w którym stwierdzono poprzednio rentg. naciek wcz. W centrum ogniska znalazł zserowacenie, a na obwodzie zapalenie okolne, w którego obszarze leżały rozrzucone drobne ogniska. Że naciek wcz. jest procesem wysiękowym, nato zgadzają się wszyscy autorzy.

Co się tyczy l o k a l i z a c j i, to jak z badań rentgen. wynika, n. wcz. położony jest najczęściej pozaszczytowo. O ile w rentg. za szczyt uważamy obszar, leżący powyżej obojczyka, to na zwłokach musimy orjentować się w/g gałęzi oskrzelowych. *Beitzke* uważa, że wszystkie sprawy, nieumiejscowione wyłącznie w obszarze ramus apicalis, mogą być praktycznie uważane za podobojczykowe. Lateralna część bronchii subapicalis leży już poniżej obojczyka i do szczytu nie należy.

Rozpatrując trzecie zagadnienie anat.-pat., t. zn. stosunku nac. wczesnego do innych zmian gruźliczych, istniejących równocześnie w organiźmie, wkraczamy w kwestję nową, jaką jest g e n e z a n a c i e k u w c z e s n e g o.

Sposób powstania n. wczesnego może być różny. 1) Powstać może przez zakażenie z zewnątrz. Za tem przemawia częstość n. wcz. u osobników, stykających się z prątkującymi, i umiejscowienie, typowe dla spraw aspiracyjnych (nacieki u tonących). 2) N. wcz. może być przerzutem krwiopochodnym z jakiegoś ogniska gr., tkwiącego w ustroju, a więc z niezaleczonego zespołu pierw., z kości, stawu, nerek, nadnerczy i t. p. Taka geneza n. wcz. jest wprawdzie rzadka lecz niezbicie udowodniona. Np. w przypadku *Rehberga*, gdzie n. wcz. zjawił się bezpośrednio po brutalnem uruchomieniu gruźliczego stawu biodrowego, i w innym przypadku, gdzie obducent zaraził się podczas sekcji materjałem gruźliczym. 3) N. wcz. miałby, w/g obrońców starej szkoły (*Gräff, Loschke, Sahli, Baden, Moeller* i in.), powstawać ze zmian szczytowych. Stanowisko swe motywują tem, że technika rentgen. jest jeszcze tak niedoskonała, iż nie jest w stanie wykryć drobnych zmian szczytowych, jakie w 98% wykrywa sekcja, a które mają być rodzicami nacieków. Drobne ogniska szczytowe mogą rozmiękać i dawać posiew drobnego i grubego ziarna wdół, w okolicę podobojczykową, która może jest specjalnie predysponowana do odczynów wysiękowych i rozmiękczeń. *Assmann*, który pierwszy uważał n. wcz. za wynik infekcji egzogennej, nie wyklucza możliwości powstania nacieku z drobnego ogniska szczytowego. W ten sposób *Assmann* przerzucił most zgody między „starą” i „nową” nauką.

Teza *Loschckego* (siew ziarna) doznała poparcia ze strony rentgenologji w pracach *Haegera*. Autor ten udowadnia szeregiem rentgenogramów zależność obrazu od drobnych nieraz różnic w technice rentgen., podkreśla, jak wiele zależy od aparatury i od wypracowania negatywu. H. cytuje historje chorób, dołączając zdjęcia, gdzie u jednej osoby były najpierw widoczne ogniska szczytowe. Po 5 latach fotografja ponowna wykazała, że ogniska szczytowe są większe, a pod obojczykiem zjawiła się jama. Zdjęcie ponowne po kilku tygodniach n i e w y k a z y w a ł o o g n i s k s z c z y t o w y c h, natomiast jama była wyraźna. Gdyby nie było pierwszych zdjęć, przypadek mógłby uchodzić za typową jamę wczesną, gdyż szczyty były zupełnie jasne, nawet zbyt jasne, a to tłumaczy H. rozedmą zastępczą wskutek powiększenia się jamy pod obojczykiem. Po 5 dniach zrobił H. nowe zdjęcie, tylko zastosował czas naświetlenia o ¼ krótszy niż poprzednio, i ogniska szczytowe zjawiły się z powrotem. Takich przypadków spostrzegał H. więcej. Pozatem spostrzegł, że o ile niema ognisk szczytowych, a widać jedynie nacieki podobojczykowe, strefa szczytu jest zbyt jasna. Zdjęcie ponowne, metodą zmodyfikowaną, wykazuje w takich wypadkach ogniska szczytowe, a między niemi a naciekiem — drobne plameczki, a więc rzut ziarna odszczytowy, — łańcuch, łączący naciek wczesny z macierzystem ogniskiem szczytowem.

Kontrargumenty nowej szkoły są następujące: 1) sprawy szczytowe, jak wykazują zgodnie statystyki, nie mają tendencji do obostrzeń i na licznych seryjnych zdjęciach w ciągu wielu lat nie wysiewają nacieków. Jeśli sprawy szczytowe dają posiew w dół, są to t. zw. późne formy szczy-

towe, których złośliwość znana jest nowej szkole. O nich będzie mowa później. 2) Dziwnem byłoby, by ognisko szczytowe, obostrzając się, dawało posiew, a samo nie rozmiękało i nie rozpadało się; jeszcze dziwniejsze, że ogn. szczyt. nie dają posiewu wcześnie, gdy są świeże (2 — 8 rok życia) lecz dopiero później, gdy są bliznami. 3) Technika rentg. nie jest wprawdzie obecnie ostatnią instancją, dla dowodu prawdy, i badania anat.-pat. są pewniejsze, jednak: a) rentgen wykazywał zmiany szczytowe, jakich anatomo patolog sam znaleźć nie mó:gł i odnalazł dopiero, kierując się wskazówkami rentgenologa, b) stwierdzono niezbicie w wypadku *Kudlicha* i *Reimanna,* że n. wcz. istniał przy całkowicie wolnych od gruźlicy szczytach. 4) *Fleischner* na podstawie zdjęć seryjnych przekonał się, że n. wcz. przy zupełnie wolnych szczytach wessał się, a później wtórnie pole szczytowe pokryło się plamkami. Podobnie i po wykryciu n. wcz. pod obojczykiem szczyty przy istniejącym wciąż nacieku mogą wtórnie ulec zaplamieniu, co robi wrażenie, że naciek powstał wtórnie z ogn. szczyt. (o ile niema pierwszych klisz) (przypadek *K. Dąbrowskiego* z Warszawy i *J. Huszczówny).*

Przyjmuje się wreszcie możliwość powstania n. wcz. przez przerzut z niezagojonego zespołu pierwotnego *(Mischkowsky)* i powstanie n. wcz. w obecności zmian szczytowych, jednak niezależnie od nich.

Zaznaczyć należy, że w polemice z *Haegerem Redeker,* przyznając duże znaczenie jego zastrzeżeniom co do strony technicznej rentgenologji, stwierdza, że hist. chorób, cytowane przez *Haegera,* nie mają nic wspólnego z naciekami wczesnemi, gdyż są to późne formy szczytowe. Ten zarzut H. zostawił bez odpowiedzi.

Klinika nacieku wczesnego.

Początek suchot płucnych, zaczynających się naciekiem wczesnym, klinicznie objawiać się może różnie.

1) Najczęściej początek jest nagły, grypowy. Temp. dochodzi do 38 i wyżej i trwa zwykle kilka dni. Chory uważa to za banalne „przeziębienie' i nie szuka porady lekarskiej. Niekiedy taka „grypa" trwa kilka tygodni.

2) W innych przypadkach choroba zaczyna się bólem gardła, zaczerwienieniem migdałków i bywa rozpoznawana jako angina.

4) N. wcz. może przebiegać z objawami wczesnego krwioplucia i początek taki należy uznać za najszczęśliwszy dla chorego, gdyż wcześnie zwraca na siebie uwagę i prowadzi do lekarza. Ponieważ krwioplucia zdarzają się i w banalnych sprawach szczytowych (tbc. abortiva) należy każdy przypadek krwioplucia dokładnie zanalizować.

Poza temi „klasycznemi" początkami klin. *S. Sobek* z Czech i *M. Ungar* ze Lwowa spostrzegali początek suchot w postaci zapalenia opłucnej, ostrego nieżytu krtani, zapalenia płuc, dolegliwości żołądkowych i t. p. Wspomnieć należy, o 9 postaciach skrytych - suchot płucnych, opisanych jeszcze w r. 1890 przez *A. Sokołowskiego,* których dziś nie można już uważać za skryte.

Jakiby nie był początek klin. nacieku, wszyscy autorzy zgodnie podkreślają nadzwyczaj skąpy, jeśli nienegatywny, wynik badania fizykalnego. Przyczyną tego jest głębokie usadowienie się ogniska chorobowego. Ognisko leży zazwyczaj najbliżej dołu pachowego i tę okolicę należy szczególnie skrupulatnie badać. W pierwszej jednak fazie nac. wcz. klasyczne metody badania fizykalnego zazwyczaj zawodzą i instancją rozstrzygającą jest rentgen.

W miarę gdy ogn. powiększa się, zauważyć można powłóczenie górnej części kl. pierś., dotkniętej chorobą. W pasze, od przodu, pod obojczykiem, a szczególnie nad grzebieniem łopatki stwierdzić można lekkie skrócenie wypuku, a na wysokości grzebienia łopatki, między łopatką a kręgosłupem słyszeć się daje oddech szorstki albo osłabiony, a czasami drobne rzężenia po kaszlu. Z objawów ogólnych mogą (lecz nie muszą) wystąpić poty nocne, chudnienie, brak apetytu, dreszczyki, bezsenność, lekkie pokasływanie, które jednak nie rzuca się w uszy. O ile n. wcz., powiększając się, zbliży się do opłucnej, zjawia się ból i suchy kaszel, wynik podrażnienia opłucnej. Z chwilą rozmiękczenia n. wcz. kaszel staje się wilgotny, a w skąpej zazwyczaj flegmie znaleźć można często obfite laseczniki. Z własnych obserwacyj mogę powiedzieć, że nieraz przy wyraźnych kliniczno - rentgenologicznych objawach rozpadu zwykłemi metodami laboratoryjnemi w laboratorjum naszem prątków nie wykrywano. Czekanie na lasecz-

niki byłoby w takich wypadkach dość ryzykowne.

Samopoczucie nosicieli nacieków jest zazwyczaj b. dobre, ba, nieraz wyśmienite. Nie można u takich chorych znaleźć objawów tuberkulo-toksycznych, nie zdają sobie tacy chorzy sprawy z niebezpieczeństwa, z trudem poddają się reżimowi sanatoryjnemu i nie chcą się zgadzać na założenie odmy. Stan samopoczucia zależy w dużej mierze od stanu układu wegetatywnego, konstytucji, temperamentu i usposobienia. Typ mięśniowy nie odczuje zmiany, jaka w nim zaszła wskutek choroby, gdyż próg jego pobudliwości jest wysoki, nerwowca natomiast co bądź wytrąci z równowagi. Dla oceny stanów subjektywnych ważne jest nie poczucie w danej chwili, lecz stopień zaszłej w osobniku zmiany.

Badanie krwi wykazuje, w/g zgodnej opinji wielu autorów, jedynie lekkie przyśpieszenie opadania krwinek czerwonych (12 — 18 w/g Westgr.) i nieznaczne przesunięcie obrazu krwi w lewo (do 12 pałeczkowców). Opad krwi i przesunięcie w lewo prędko wracają do normy, dlatego na podstawie tego objawu rokować na dłuższą metę nie można. Znaczniejsze przesunięcie obrazu krwi w lewo i większa szybkość opadania przemawia raczej za sprawą niegruźliczą, a więc grypą lub oligosymptomatyczną pneumonją.

Wobec powyższego widzimy, że stanowcze rozpoznanie n. wcz-ego jest b. trudne. Tylko ścisła obserwacja kliniczno rentgenologiczna w czasie dłuższym może rozstrzygnąć. Najsłuszniej postąpiono w Łodzi, gdzie w Sekcji dla Walki z Gruźlicą (dr. Keilson) każdy odkryty n. wcz. badany jest rentgen. w I roku co miesiąc, w II co 2 miesiące, w III co 3 mies., oczywiście, o ile nie nastąpiło wyleczenie. W ten sposób nie przeoczy się faz rozwojowych n. wcz. i zyskuje materjał naukowy.

Zejście nacieku wczesnego.

1) N. wcz. może ulec albo zupełnemu wessaniu, albo wesaniu z pozostawieniem w centrum małej, twardej plamki. Jest to zejście najpomyślniejsze.

2) N. wcz. może ulec przemianie włóknistej i na kliszy spostrzegamy rysunek plamkowato-pasemkowaty, przyczem smugi i plamki stają się z biegiem czasu coraz bardziej izolowane i ostre. N. wcz. może też ulec zwapnieniu. Przypadek Rubinsteina, wyżej cytowany, oraz obserwacje *Beitzkego* i *Fleischnera* wykazały możliwość częściowego wsysania się ognisk wytwórczych i uwapnionych bez wytworzenia jamy. W swej obserwacji miałem jeden taki przypadek. Zwłókniony naciek przedstawia obraz pola zagęszczeniowego (Indurationsfeld). Pola takie, jak zauważyłem, latami mogą objawiać się wysłuchowo rzężeniami dźwięcznemi po kaszlu, co tłumaczyć można powstawaniem drobnych rozstrzeni oskrzelików. Rzężenia takie budzą przy pierwszym badaniu podejrzenie istnienia sprawy czynnej. Czasem wśród pola zagęszczonego kryje się jama powrózkowata (Strangkawerne), rentgenologicznie niewidoczna, będąca przyczyną przewlekłego prątkowania i stanowiąca niebezpieczeństwo dalszych posiewów aspiracyjnych. O ile n. wcz. leżał podobojczykowo, przemiana włóknista może go podciągnąć ku górze, w obszar szczytu, i powstaje w ten sposób późna forma szczytowa. Silnie wyrażona przemiana włóknista (t. zw. przemiana marska) zdarza się rzadko i dotyka przeważnie n. wcz., leżących w szczycie albo u podstawy płuca (bliskość opłucnej!). Zwłóknienie n. wcz., względnie przemiana marska są zejściem względnie pomyślnem.

3) W połowie liczby n. wcz. zejście jest niepomyślne, gdyż prowadzi do ostrych lub przewlekłych suchot. Dzieje się to wtedy, gdy na skutek złego ukształtowania się sił odpornościowych naciek zserowacieje, rozmięknie i wytworzy jamę. W rentgenie widzimy w środku nacieku nieregularny zarys koła, czworoboku, owalu. Jest to początek demarkacji zserowaciałego centrum. Nie jest to jeszcze zarys jamy lecz wał limfocytarny. O ile org. nie zmobilizuje w tej chwili sił odporn. nie zagęści mas serowatych i ich nie uwapni, przychodzi do rozmiękczenia, upłynnienia, wydalenia — stworzenia jamy. Fazę demarkacji łatwo w rentgenie przeoczyć, zwłaszcza u osób z obfitą podściółką tłuszczową. Demarkacja nie odbywa się jednak tak bez-lub-mało objawowo, jak powstanie n. wcz-ego. Klinicznie idzie z nią równolegle, lub poprzedza ją — faza toksyczna. Zjawia się gorączka, sedymentacja przyśpiesza się, obraz krwi przesuwa się znów w lewo. W oczy wpada obraz ostrego zatrucia, objawiający się cerą bla-

do-sinawą, podkrążeniem oczu, i niespokojnym ich wyrazem. Objawy opukowoosłuchowe są już wyraźniejsze (choć niezawsze). Chory odczuwa zły stan zdrowia, zwraca się do lekarza i nieszczęściem jest wówczas rozpoznanie grypy. Ognisko bowiem, dzięki zwiększonej aktywności, otacza się szerszym pasem zapalenia okolnego, zbliża się do opłucnej, podrażnia ją. Powstać mogą zrosty, utrudniające lub wręcz uniemożliwiające później leczenie uciskowe. W obecnej fazie choroby losy chorego zależą od obszaru, jaki zajmie naciek okolny, od zdolności obronnych ustroju i od leczenia. Jeśli zap. okolne obejmie duży obszar, a org. nie zdoła zmobilizować obrony, przychodzi do suchot galopujących o zejściu fatalnem. O ile zap. okolne wąskim pasem otoczy jamę , a org. zdolny jest do obrony jama może zagoić się przez przemianę włóknistą. Jamki o ścianach elastycznych mogą się zamknąć. Jamki o ścianach sztywnych zdolne są tylko do pewnego skurczenia. Niemniej jednak jama taka może się oczyścić, wygładzić, tkanka ziarninowa gruźlicza zostaje zastąpiona przez ziarninę niespecyficzną, a od oskrzeli dochodzi do narastania nabłonka. Tak mogą wygajać się jamy nawet wielkości małego jabłka. Niestety, tego rodzaju zaleczenia są rzadkie.

Z chwilą rozmiękczenia i przemiany jamistej nacieku liczyć się należy z posiewem aspiracyjnym innych okolic płuca jednego i drugiego. Okolice, dotknięte posiewem, wykazują rentgen. zamglenia, na tle którego widać okrągłe lub owalne plamki, jako wyraz zapalenia okolnego wokół drobniutkich ognisk gruźliczych. Wysiew aspiracyjny może być nieraz tak gęsty, że imituje wysiew prosówkowy, i może ukrywać jamkę, która uwidoczni się dopiero po założeniu odmy. Posiew wczesny może wessać się z pozostawieniem wzmożonego rysunku płucnego, lecz może mieć i przebieg fatalny, gdy drobne ogniska posiewowe zaczną się powiększać, zlewać, rozmiękać i rozpadać.

Pewną postacią posiewu aspiracyjnego jest t. zw. n a c i e k p o c h o d n y, zwany także siostrzanym (Tochterinfiltrat). Zjawia się on nagle, w czasie trwania n. wczesnego w okolicach, dotychczas wolnych od zmian. Wyglądem i tendencją rozwojową odpowiada naciekowi wczesnemu. Nacieki pochodne usadawiają się blisko opłucnej, w pł. prawym, u podstawy górnego płata, zwł. w części przypachowej, i w wewn. części płata środkowego. W pł. lewym, w grzebietowo - środkowej części i lingula płata górnego, daleko rzadziej w szczycie pł. dolnego i jego części przednio przyśrodkowej.

R o k o w a n i e łatwo wyprowadzić z wyżej nakreślonego zejścia n. wcz.

L e c z e n i e.

Z chwilą rozpoznania nacieku wczesnego należy odpowiedzieć na pytanie, czy sprawa jest czynna, czy nie; czy jest to naciek świeży, czy w toku przemiany w kierunku rozmiękania, czy też włóknienia. Na pytania te odpowie baczna obserwacja. W braku oznak aktywności, np. gdy istnieje pole zagęszczeniowe, chorego można nie leczyć lecz zakazać sportu, nadmiernej pracy, naświetlania słońcem, i co pewien czas zalecić kontrolę rentgenologiczną. Nakazać, by chory w razie gorszego samopoczucia lub grypy zaraz zgłosił się do badania. Większe pola zagęszczeniowe wymagają częstej kontroli flegmy. O ile stwierdziliśmy, że naciek jest w stanie czynnym, chory powinien był wysłany do sanatorjum, gdzieby mu można było ewentualnie zastosować odmę. Klimat górski, co do którego miał zastrzeżenia *Romberg*, zdaniem *Loeba* nadaje się do leczenia nacieków tak samo dobrze, jak klimat nizinny. Nie wolno natomiast stosować żadnej terapji drażniącej (naświetlania słońcem, lampą kwarcową, promieniami Rentgena, leczenia tuberkuliną, złotem, własną krwią i t. p.). Chory powinien leżakować w cieniu, odżywiać się obficie, unikając nadmiaru węglowodanów i diety Gersona, która wywołuje nieraz spotęgowanie objawów zapalnych i nawodnienie ustroju. Czy podawanie dożylne i doustne preparatów wapnia, zwłaszcza modnej obecnie glucalciny (calcium Sandoz, calcium gluconatum) ma jakieś znaczenie, nie rozstrzygnięto. Leczenie dietetyczno - klimatyczne musi być długie i doprowadzić do wessania albo zwłóknienia ogniska .

Zdaniem *Romberga,* każdy n. wcz. należy leczyć odmą. Takie stawianie sprawy jest może zbyt radykalne, choć założenie odmy zabezpieczać ma przed powstawaniem nać. pochodnego. Zdaniem mojem, należałoby w czasach obecnych uwzględniać szerzej wskazania socjalne. Lecząc na swych oddziałach ubezpieczonych Kasy Chorych m. Warszawy, pochodzących ze

sfer robotniczych i pracującej inteligencji, mając przytem ograniczony czas leczenia do 2 — 3 miesięcy, wolę choremu założyć odmę i puścić go do pracy z odmą niż z niezaleczonym naciekiem, który w ciężkich warunkach bytu wielkomiejskiego łatwo się może rozpaść i dać posiewy. Odma zaś, o ile jest stosowana rozsądnie, nie przeszkadza pracy, a przynosi bezwzględnie pożytek. Naciek większy, np. przekroju średnio wielkiego jabłka, niema, jak okazały obserwacje, tendencyj do wsysania i

Częstość nacieków wczesnych.

Autor	Przypadków	Nac. wczesn. I	Spr. szczyt I	Uwagi.
Offermann - Wüllenweber	5000	1,5 %		
Assmann		0,3 „		
Breuning	4789	0,3 „		
„ inna statystyka	192	3,6 „		
Münbach — Riemer . . .	2900	1,6 „	1,9 %	
Warnecke	739	2,5 „		
Muller — Scheven . . .	1000	2,6 „		
Dorendorf	558	2,7 „		
Geronne	654	3,5 „		
Frischbier — Beckman .	4172	9,3 „	3,3 „	
Moeller (1)	100	8,0 „	29,0 „	
Gabbe	?	52,0 „ !!		
Nicol	?	55,0 „ !!		
Hermann Rudolf . . .	390	7,2 „		
Kayser — Petersen . . .	134 Koch +	18,0 „	2—5 „ ?	
„ inna stat. (2) .	304 Koch —		89,0 „	
Schroder	1500	2,5 „	13,3 „	powyżej II żebra!
Brauer	600	2,3 „	32,3 „	
Spencker	677	3,9 „		
Frischbier 2-ga stat. . .	3600	8,6 „		
Ickert		18,0 „		
Boehme	84	78,5 „ !!		84 przyp. gruźl. początkowej!
Sprungmann	1000	0,9 „	2,7 „	Jednak pozatem miał zejść n. wcz-ych, z czego 5, obejmowało nać. ujamn. przy półrocznem trwaniu choroby, a 6% obejm. pola zagęszczeniowe, z czego w 32 przyp. wciągnięty był i obszar szczytów, jednak główne zmiany leżały podszczytowo.
Keilson Stefan	600	67 przyp.	10 „	
Martyszewski — Werkenthinówna	6174	51 przyp.		Na 6174 rentgenogr. było 709 spraw gruźl. daleko posuniętej, a 280 spraw początkowych. Z tych 280 — było — 186 spraw odszczytowo - doprzepon. 51 nac. wcz. (38 w stad. wczesn. i 13 posun.) 43 zmian podobojcz. nie o charakt. nać. wcz. lecz najprawdop. znich powstałych. Nać. wczesnych w stosunku do spraw początkowych było więc 18,2% w stosunku do zmian gruźliczych 5,2 %.

Uwagi: ad (1) prócz tego 30% rozrzuconych ognisk podobojczykowych, które mogły powstać z nać. wczesnych.

ad (2) do przychodni zgłaszali się chorzy po raz pierwszy z tbc. aperta. W takich otwartych przypadkach mało było gr. szczytów, nieco więcej z początkową lokalizacją pozaszczytową, a dużo spraw rozległych. Z 89 przypadków było 32% spraw świeżych i 23% spraw dawnych, u chorych od 1918 r.

należy, mojem zdaniem, raczej do leczenia uciskowego niż jedynie klimatycznego. Z chwilą stwierdzenia demarkacji, jamy, posiewu asp. należy nie zwlekając odmę założyć. W naciekach obustronnych, zwł. o tendencji złośliwej, o ile możliwości życiowe na to pozwalają, należy założyć odmę obustronną, albo przynajmniej na płuco gorsze. Wbrew spodziewaniom, nawet rozległe zmiany drugostronne poprawiają się, mimo ciężkiej nieraz pracy. Mam takie obserwacje.

Jama odosobniona, świeża, nawet bez objawu prątkowania, pola zagęszczeniowe aktywne, z objawami prątkowania, istnienie jamy powrózkowej, zwł. z lasecznikami, są wskazaniami do założenia odmy. W razie złego ucisku jamy obowiązuje thoracoscopia i jeśli możliwe, przepalenie zrostów. W razie niemożności przepalenia należałoby jamę docisnąć przez wyrwanie nerwu przeponowego.

O ile n. wcz. zajmie cały płat lub całe płuco, nie można mieć nadziei, by odma dała jakiś efekt. Jednak uważam, że nie wolno chorego zostawić własnemu losowi; należałoby i w takich przypadkach zdecydować się na leczenie uciskowe, może najpierw przez wyrwanie nerwu przeponowego, a później, gdy naciek zacznie się trochę wchłaniać, można spróbować założyć odmę.

Częstość nac. wcz. w/g wieku. Najczęściej spotykają się nac. wcz. w wieku lat

Autor	ilość przyp. nacieków	do 20 r.	21—30	31—40	41—50	ponad 50
Dorendorf . . .	62	20	30	9	3	
Beckmann-Frischbier . . .	376	94	182	67	27	6
Scheidenmantel . .	86	7	46	21	9	3
Kayser - Peterson .	21	5	13	3		

Skoki wtórne (Nachschübe).

Naciek wczesny jest, w/g Redekera, pierwszym krokiem chorobowym, rozpoczynającym suchoty ostre lub przewlekłe. Po niepomyślnem zejściu n. wcz. mogą nastąpić dalsze skoki chorobowe, wśród których *Redeker* wyodrębnił szereg typów. Skok choroby niekoniecznie musi być związany genetycznie z nać. wcz-nym, gdyż może być obostrzeniem ogniska, powstałego kiedyś na drodze krwiopochodnej, obudzeniem zespołu pierwotnego, wreszcie eksacerbacją pola zagęszczonego. Każdy nowy skok przebiega podobnie jak pierwszy, a więc z zapaleniem okolnem w fazie początkowej, z możliwościami zejść, — jakie zdarzają się w nac. wczesnych.

Typy skoków wtórnych są następujące:

I. Naciek późny. Powstaje on w miejscu pola zagęszczeniowego, które może być zejściem: 1) nacieku wczesnego , 2) spraw gruźl. dziecięcych (umiejscowionych w polach dolnych i środkowych, zwł. w kącie przeponowo - sercowym, albo między wnęką a obojczykiem), 3) posiewów krwiopochodnych. Ponieważ w polach zagęszczeniowych często znachodzą się rozstrzenia oskrzeli, odpowiadające na banalną infekcję odczynem zapalnym, nie wolno każdego n. późnego identyfikować z gruźliczym, lecz trzeba wciągnąć w rozważania różnicowe momenty, podkreślone przy omawianiu nać. wczesnych. Zaznaczyć należy, że nać. późny, powstały na terenie obostrzonych ognisk krwiopochodnych, ma silną skłonność do gojenia się.

II. Naciek wtórny. Jest to zap. okolne około starego, izolowanego ogniska płucnego. O ile starem ogniskiem jest gruźliczo zmieniony gruczoł, mówi *Redeker* o nacieku wtórnym kołownękowym; gdy ognisko stare leży mniej więcej odosobnione w tk. płucnej i nie widać wokół niego rozleglejszego pola zagęszczeniowego, ani też nie należy ono do suchot wytwórczomarskich proliferacyjnych, mówi Red. o wtórnym nacieku płucnym. Nacieki wtórne rzadko przechodzą w proces suchotniczy.

III. Skok wtórny w postaci nacieku wczesnego. Myślimy o nim wówczas, gdy pola płucne nie są już czyste, lecz zasiane mniej lub więcej wygojonemi zmianami krwiopochodnemi. Nowy naciek, powstający w obecności rozrzuconych ognisk, toczyć się może podobnemi drogami, jak naciek wczesny, i może doprowadzać do suchot. Charakterystycznem w tej postaci jest to, że suchoty rozwijają się nie z nać. wcz-ego, nie z obostrzonych, starych ognisk krwiopochodnych, lecz z nowego ogniska (o genezie jego nic nie wiemy), w obecności dawnego wysiewu krwiopochodnego.

IV. Skok wtórny w spoczynkowych formach typowych suchot. Jeśli istnieją w obszarze płuc zmiany suchotnicze, mniej lub więcej ustabilizowane, np. zmiany wytwórcze z ukrytą jamą powrózkowaną, powstałe z nać. wczesnego, albo późna postać szczytowa, — może z tych zmian wyjść posiew wewnątrzoskrzelikowy do okolic płuc niezajętych i stworzyć 4-y typ skoku wtórnego. Nacieki tego typu umiejscowiają się najczęściej w okolicy koniuszka serca i w bocznych częściach pól górnych i środkowych. Suchoty pł. rozwijają się najczęściej z późnej postaci szczytowej poprzez nacieki tego właśnie typu.

Segregacja różnych typów skoków wtórnych pozwala na wnikliwszą analizę przebiegu choroby, rozjaśnia obrazy kliniczne i rentgenologiczne, tak nieraz zagmatwane, dobudowując do różnych plam nietylko pojęcia ale i genezę ich powstania.

Sprawy szczytowe.

Redeker odróżnia 7 postaci szczytowych, których geneza i tendencje rozwojowe są różne.

I postać to ognisko pierwotne, umiejscowione w szczycie. Dzięki lokalizacji szczytowej ogniska te (bardzo zresztą rzadkie w tej okolicy) przybierają kształt nieregularnego, większego zwapnienia, a nie drobnej okrągłej plamki, jak w polach środkowych i dolnych. Ogn. to, jak każde ogn. pierw., tendencyj złośliwych nie wykazuje.

II i III postać to pojedyńcze i mnogie przerzuty Simona, powstałe w dzieciństwie na drodze krwiopochodnej, wapniejące i niedające obostrzeń.

IV postać to pola zagęszczeniowe po nacieczeniach z czasów dzieciństwa, pochodzące, w tej okolicy od grucz. przytchawiczych.

V postać to zamglenia opłucnej szczytowej i zmętnienia, powstałe wskutek długotrwałego zastoju (np. przy silnem powiększeniu gruczołów wnękowych). Zmętnienia takie są wyrazem niespecyficznych zmian w tk. ł. śródmiąższowej i okołonaczyniowej. Forma oczywiście łagodna.

VI. Nacieki wczesne, umiejscowione w szczycie. Lokalizacja rzadka, a przebieg — jak wszystkich nać. wczesnych.

VII. Późna postać szczytowa, o znaczeniub. doniosłem. Powstaje ona z nać. podobojczykowego, który w następstwie włóknienia ulega retrakcji do szczytu. Późną formę szczytową można rozpoznać w rentgenie na podstawie obrazu wnęki, która jest podciągniętą ku górze.

O ile postacie I — V nie mają tendencyj złośliwych, o tyle z VI i VII mogą powstać suchoty. Pierwszy *Braeuning* zachwiał dogmatem o szczytowem pochodzeniu suchot, udowodniając statystycznie, że ze spraw szczytowych suchoty rozwijają się w 7%. Zaledwie 13% chorych na gr. otwartą wykazało w materjale *Braeuninga* przebytą sprawę szczytową. Podobnie brzmią i inne statystyki. W materjale *Redekera* ze spraw szczytowych dobrotliwych wywodzą się suchoty zaledwie w 3%, natomiast aż w 40% z późnych form szczytowych.

Poglądy Szkoły Francuskiej na pozaszczytowy początek gruźlicy płuc.

Francuzi oddawna zdawali sobie sprawę z tego, że początek gr. pł. dorosłych jest w wielu wypadkach nagły, wysiękowy, umiejscowiony pozaszczytowo i mający różne zejście. Nie stworzyli tylko jednego pojęcia, któreby wszystkie sprawy, związane z początkiem suchot, syntetyzowało. Ogniska, odpowiadające niemieckiemu nać. wczesnemu, opisywano we Francji pod różnemi nazwami (periscissurite, corticopleurite, foyers pneumoniques tuberculeux curables, foyer juxta et perihilaire, lobite, infiltration précoce sous-laviculaire, congestion pulmonaire). Chcąc ująć sprawę historycznie, pozwolę sobie przytoczyć kilka dat i nazwisk.

Od r. 1854 znano we Francji postać naciekową schorzenia pł., określony przez *Voileza* jako congestion pulmonaire. Pojęcie to uznać należy za identyczne z zapaleniem okołoogniskowem, gdyż jest ostrem czynnem przekrwieniem, powstałem pod wpływem bodźców toksycznych. Rozróżniano 5 form owego przekrwienia: le coup de sang pulmonaire, formę pneumoniczną, formę pleuro-pulmon. s. maladie de Potain, fluxion de poitrine, forme pseudo-pleuritique, opisaną także pod nazwą splenopneumonji. Różne postacie „cong. pulm." były klinicznie rozpoznawane i różniczkowane. W 1897 r. *Peron* opisał corticopleurite, którą to jednostką zajął się później szczegółowo *Sergent.* 1885 *Taon* doświadczalnie przekonał się o zapalno-wysiękowej naturze pierwszych ognisk suchotniczych. *Tixier, Laro-*

che, Jousset, Gougerot, Triper i in., przekonali się o istnieniu zmian wysiękowo zapalnych w przewlekłej gr. pł. ludzkiej. Badania *Tripera* i *Piery* w 1910 r. wykazały istnienie skoków pneumonicznych (alveolites) w przebiegu suchot. Opierając się na pracach tych autorów w 1911 r., *Bezancon* i jego współpracownicy, *Braun de Serbonnes, de Jong,* podkreślają ważność owych skoków (poussées evolutives), które są oddzielone od siebie dłuższemi lub krótszemi przerwami spoczynku. *Bezancon* z *Braunem* przekonują się w r. 1911, że niektóre z tych skoków nie będąc serowatem zapal. płuc, mogą je imitować i stwarzają dla tych spraw pojęcie foyers pneumon. tbc. curables. Zwracają uwagę na umiejscowienie tych ognisk w dolnej części płata górnego, tuż powyżej brózdy międzypłatowej. W r. 1922, a więc w roku odkrycia ogniska *Assmanna, Rist* i *Amenuille* w pracy La pneumonie tuberculeuse głoszą, że suchoty ludzi dorosłych zaczynają się ostrym procesem, wysiękowym w postaci albo małego ogniska, albo zajęcia płata górnego, przyczem, sam szczyt pozostaje wolny. Zaznaczają, że proces jest od dołu ograniczony brózdą międzypłatową. Zdjęciami seryjnemi, już wówczas!!, demonstrują różne zejścia tych nacieków(jak w nac. wczesnych) oraz skoki pneumoniczne do zdrowych części płuc (odpowiednik posiewów aspiracyjnych *Redekera*). Wiadomo, że już wcześniej *Sergent* określił zone d'alarme nie w szczycie, lecz w okolicy grzebienia łopatki. *Sergent* pisze w 1922 r.: „Dans bon nombre d'examens radiologiques vous pouvez constater l'intégrité absolue des sommets ou leur intégrité relative, par comparaison avec l'importance et la frequence des localisations parahilaires, scissurales ou basales". W 1923 *Bezancon* z *Jongiem,* opierając się na dawnych autorach, stwierdzają, że początkowe zmiany suchotnicze usadawiają się nie w szczycie, lecz 3 — 4 cm. poniżej, że należy badać okolicę dołu pachowego, gdzie podobnie, jak w okolicy wnęki, można znaleźć pierwsze objawy chorobowe. W 1923 *Jaquerod* pisze, że wszystkie świeże (récentes) ogniska gr. są natury zapalno-wysiękowej, że mogą się albo zupełnie cofać, albo bliznowacieć, albo zmieniać w jamę. W rentgenie można obserwować z miesiąca na miesiąc zmiany cienia i plamek. Autor ten zaproponował podział gr. na 3 grupy:

Les tbc récentes à tendence résolutive.
Les tbc chroniques à tendence fibreuse.
Les tbc aiguës à tendence progréssive ou destructive.

W 1923 *L. Bernard* i *Béthoux* zwracają uwagę na lobitis dextra, a w r. 1925 i 26 *Sergent* podkreśla, że może być zajęty sprawą gr. każdy inny płat, początkowo mała część płata, skąd później proces rozszerza się na cały płat. *Sergent* nie radzi zwlekać z odmą. W 1926 *L. Bernard* wskazuje, że rentg-cznie możemy spotkać się z 3-ma rodzajami obrazów: 1) Ogniska w postaci plamek i pasm znajdować się mogą w okolicy wnęki i promieniować ku zewnętrznej części kl. piers., najczęściej jednak w stronę obojczyka. 2) Pierwsze zmiany znajdują się tuż powyżej obojczyka, a później schodzą w dół, w głąb płata górnego. 3) Może być zajęty odrazu cały płat (lobite superieur). *Bernard* b. precyzyjnie klasyfikuje umiejscowienie wczesnych ognisk gruźliczych wyróżniając: localisation intercleido-hilaire, parahilaire, apicale, basilaire, juxta-parietale, lobaire. *Bard,* twórca klasyfikacji, przyjętej przez szkołę wiedeńską, zorjentował się w ważności nowych odkryć i w 1927 r., modyfikując swe poglądy, rozróżnia w swej phthisis fibro-caseosa communis formy: la forme congestive simple, f. f. cong. à poussées successives, f. cong. localisée s. lobite.

Z krótkiego tego przeglądu widzimy, że nowa nauka w swej części istotnej, praktycznie ważnej, istniała we Francji wcześniej. Nie łączyli Francuzi z nowemi odkryciami rentgenologicznemi pojęcia specyficznej allergji, gdyż nie zwykli obarczać się ciężkim materjałem teoretycznym, nie wciskali nowych form w schemat *Rankego,* który nigdy nie był we Francji uznawany, a przez *Barda* był zwalczany. Pozatem Francuzi nie posegregowali różnych nacieczeń, jak to uczynił *Redeker,* i nie rozreklamowali nowych odkryć, uważając je za zupełnie naturalne.

Istotną sprawą, jaka dzieli naukę francuską od niemieckiej, jest kwestja zapatrywań na patogenezę wczesnych ognisk suchotniczych. Niemcy wierzą w nową infekcję egzo lub endogenną na terenie, dotychczas niedotkniętym gruźlicą. Część autorów niemieckich jest przekonana o

możliwości powstania nac. wczesnego przez posiew grubego ziarna z ognisk szczytowych. Francuzi natomiast, zwł. *L. Bernard*, uważają, że suchoty dorosłych wiążą się genetycznie z infekcją dziecięcą. Zmiany suchotnicze są jedynie obudzeniem ogniska dziecięcego, drzemiącego koło wnęki, lub w zmianach tkanko-łącznowych, dla których *Bezancon* ukuł termin „tramite", a *Bernard* „état sequelle". Teren, na którym rozegra się początek ostatniego aktu dramatu, jest w/g Francuzów, gotowy do reagowania zapalnego, a nawet wrzodziejącego, nekrotycznego na wzór fenomenu Kocha. Częsta lokalizacja nacieków w okolicy między wnęką a obojczykiem, jest w/g *Bernarda* dowodem, że nie chodzi tu o nowe zakażenie z zewnątrz, lecz o posuwanie się obostrzonej starej sprawy kołownękowej, obudzonej, być może, masową superinfekcją. *Bernard* uważa przytem, że nac. wcz., czyli jego foyer intercleido-hilaire, niekoniecznie musi być zmianą serowatą, lecz jest jedynie rezultatem szerzenia się odwnękowego zmian, których charakter może być różny, wysiękowy lub włóknisty.

— — — — — — — —

Również i w Ameryce znano już w 1923 podobojczykową lokalizację wczesnych form gr. pł. Znano ich zdolność do przemiany włóknistej i retrakcję do szczytu.

— — — — — — — —

U nas w Polsce już w 1904 r. *Dłuski i Czeplicki* stwierdzali w 25% zmiany początkowe poniżej szczytu. Jest to prawdopodobnie spostrzeżenie najwcześniejsze w literaturze, wyrażone w sposób tak stanowczy.

Opracowanie materjału własnego z r. 1932.

Materjał sanatoryjny nie może dać zdecydowanej odpowiedzi na pytanie, jakiemi zmianami zaczynają się suchoty, gdyż chory przebywa na leczeniu kilka miesięcy, a później znika na kilka lat lub na zawsze. Nigdy dokładnie nie wiadomo, co z nim było przedtem, ani co będzie później. Brak ciągłości obserwacji, jaka jest możliwa w Przychodni, w miejscu stałego zamieszkania chorego, brak klisz, lub choćby opisów dawnych prześwietlań — bardzo utrudnia orjentację.

Przystępując do omówienia własnego materjału, muszę zrobić pewne zastrzeżenie co do pojęć, jakiemi będę operował. Na pierwszy plan wysuwa się kwestja t. zw. wolnych szczytów. Kto ma sposobność oglądania dużej ilości rentgenogramów płuc, idealnie wolne szczyty spotyka nadzwyczaj rzadko. Zawsze prawie można znaleźć subtelne zamglenie jednego szczytu lub obu, b. często da się zauważyć, zwłaszcza przy dłuższem patrzeniu, delikatna smużka cieniowa. Czyż należy to uznać za zmiany patologiczne? Czyż takie zmiany mogą mieć jakiekolwiek znaczenie dla powstania nacieku wczesnego? Myślę, że nie, gdyż zamglenia takie mogą być wyrazem silniejszego rozwoju mięśni szyjnych, zgrubienia opłucnej, pewnego przekrwienia szczytów (biernego). Zamglenia takie, jak mogłem obserwować u chorych, którzy powracali trzy lata pod rząd do Sanatorjum z nowemi kliszami, — nie znikały, ale i nie powiększały się, mimo ciężkiej nieraz pracy i złych warunków życia. Gdyby to były zmiany rzeczywiście praktycznie ważne, nie trwałyby tak w spokoju. Czyż zresztą, nawet o ile szczyty są idealnie czyste, bez skaz, nie zarzucają zwolennicy starej szkoły, że ogniska szczytowe są tak subtelne, że rentgen ich wykryć nie potrafi? Gdyby się bawić w takie subtelności scholastyczne, nie możnaby wogóle pracować. Chodzi nie o to, czy w szczycie jest jakaś smużka, jakieś zamglenie, jakaś blizenka atelektatyczna, tylko, czy ma to jakiekolwiek praktyczne znaczenie. Otóż uważam, że nie ma.

Wobec tego przyjąłem przy opracowaniu własnego materjału następujące zasady:

Sprawę uznawałem za naciek wczesny, jeśli w rentgenię uwidaczniała się charakterystyczna plama, i gdy dane kliniczne przemawiały za gruźlicą choćby szczyty były lekko zamglone, albo miały drobną smużkę. Wykluczałem natomiast takie przypadki, gdzie w szczytach były wyraźne zmiany guzkowe, plamki o charakterze wysiewu krwiopochodnego, starego lub świeżego, zamglenia, budzące podejrzenie sprawy wysiękowej, albo wreszcie większe zmiany o charakterze włóknistym.

Uznawałem, że sprawa p o c h o d z i od nacieku wczesnego, jeśli duże, główne zmiany (jamy, pola zagęszczeniowe) znachodziłem pod obojczykiem, a w szczycie pojedyńcze plamki o charakterze świeże-

go posiewu aspiracyjnego, albo gdy zapalenie okolne zachodziło tuż nad obojczyk, albo, jeśli stwierdzało się obraz retrakcji do szczytu. Za granicę szczytu uważam obojczyk.

Celem wyjaśnienia genezy zmian staram się zawsze o wydostanie możliwie najdawniejszych klisz lub prześwietleń, pozatem dokładnem zebraniem wywiadów usiłuję odtworzyć choćby w przybliżeniu rozwój sprawy chorobowej. Wyjeżdżających proszę, by mi donosili o wynikach nowych prześwietleń wzgl. by mi przysyłali klisze do porównania. W ten sposób mam w części przypadków zapewnioną do pewnego stopnia ciągłość obserwacji i możliwość odtworzenia choćby w przybliżeniu rozwoju sprawy.

W 1932 leczyło się na moim oddziele dla lekko chorych — 371 osób. Materjał ten podzieliłem na grupy następujące:

I. Z e s p ó ł p i e r w o t n y, gdzie poza ogniskiem pierw., i powiększeniem wnęki nie było rtg — nie żadnych innych zmian ogniskowych. Zaliczyłem tu także obrazy o delikatnej siateczce wnękowej, której nie można było uznać ze przebrzmiały rzut krwiopochodny.

Grupa ta liczyła 86 osób — 22,22% ogółu leczonych.

II. S p r a w y s z c z y t o w e, gdzie poza zespołem pierwotnym znajdowały się zmiany, ograniczone jedynie do szczytu. Tutaj mieszczą się formy redekerowskie z wyjątkiem VI-ej, której w moim materjale nie było.

Grupa liczyła 55 osób — 14,85%.

III. S p r a w y p o z a s z c z y t o w e, gdzie zmiany ograniczały się do okolic od obojczyka w dół. Grupa liczyła 44 osób — 11,98%.

Ponieważ sprawy takie mogą być różnego charakteru i pochodzenia, podzieliłem je na podgrupy:

		osób	%
a) 1)	typowe nacieki wczesne	8	2,16%
2)	nać. wcz. obustr. ujawnione	5	1,35%
3)	ogn. zwapn., pochodzące z n. wcz.	4	1,08%
4)	pola zagęszczeniowe	18	4,86%
5)	jamy wczesne z posiewem lub bez	4	1,08%
		39	10,53%
		39	10,53%
b) 6)	nacieki wtórne	3	0,91%
		42	11,44
c) 7)	rozległa sprawa pozaszczytowa o nieznanem pochodzeniu	1	0,27%
8)	sprawa krwiopochodna	1	0,27%
		44	11,98%

IV. S p r a w y s z c z y t o w o-p o z a s z c z y t o w e obejmują 157 osób — 42,39%.

Na podstawie klisz, wywiadów i analizy przebiegu choroby można było dojść do pewnych przypuszczeń co do powstania tych spraw.

1)	z nać. wczesnego pochodziło najprąwdopodobniej	48 przyp.	— 12,96%
2)	z ogniska szczytowego pochodziło z całą pewnością	9 „	2,43%
3)	z wysiewu krwiopochod. pochodziło	19 „	5,23%
4)	nieznanego pochodzenia	81 „	21,87%

V. S p r a w y o p ł u c n o w e 12 przyp. — 3,24%.

VI. O d m, założonych , poza Sanat. więc nie wiadomo z powodu jakich zmian 12 przyp. — 3,24%.

VII. I n n e s p r a w y (rozstrzenia oskrzeli, rozedma pł. i t. d. (5 osób — 1,35%).

Z zestawienia tego widać, że nac. wcz., względnie ich zejść, było 39, czyli 10,53%. Gdyby doliczyć tu sprawy z grupy — IV 1, liczba spraw, pochodzących od nac. wczesnych, wzrosłaby do 23,49%.

U m i e j s c o w i e n i e r e n t g e n o l o g i c z n e.

Zestawione gr. III a, b, — 42 osoby. Podobojczykowo umiejscowionych było 10 spraw obustronnych.

pod obojczykiem	6	3
pole górne	13	3
pole środkowe	5	1
pole dolne	—	1

Wiek chorych	15 — 20	21 — 30	31 — 40	Razem	
mężczyźni	7	7	8	22	z tego 10 poważnie chorych
kobiety	6	13	1	20	„ „ 5 „ „
	13	20	9	42	15

Początek choroby.

Początek nagły z objawami gorączki, kaszlu, „grypy" — znalazłem u 29 chorych. Z tego w 5 przyp. było krwioplucie wczesne, w 3 prz. pleuritis exsudativa, w 1 prz. laryngitis. Skrycie, lecz z objawami ogólnemi zmęczenia, stanów podgorączkowych, dreszczyków, braku apetytu, potów nocnych, zaczęła się choroba u 13 osób.

Obarczenie dziedziczne stwierdzono u 20 chorych; na superinfekcję, przeważnie masową, narażonych było 12 chorych.

Ciepłota.

8 chorych miało ciepłotę normalną przez cały czas leczenia.

12 chorych straciło stany podgorączkowe.

10 chorych miało stany podgorączkowe przez cały czas pobytu.

Odczyn Biernackiego.

Poniżej 50	minut	opadała	krew	u	1	kobiety	1 mężczyzny
od 51—100	„	„	„		2	„	4 „
od 101—200	„	„	„		8	„	„
od 201—300	„	„	„		3	„	„
od 301—500	„	„	„		2	„	4 „
ponad 500	„	„	„		4	„	13 „
					20		22

Zwolnienie sedymentacji nastąpiło u 24 osób, przyśpieszenie u 12. Reszta nie chciała dać sobie pobrać krwi po raz drugi.

Sedymentacja nie gra większej roli w ocenie stanu chorego i rozległości zmian, gdyż np. chorzy z obustronnemi zmianami jamistemi mieli opad 682 m., 748 m. Inny chory z jamą po jednej stronie i z nac. po drugiej miał opad 843 m., i ten przyśpieszył się po założeniu odmy (729) mimo, że nastąpiła poprawa. Chory ze świeżą jamą — (opad 895) nie zgodził się na odmę, wyjechał bez poprawy z opadem ponad 24 godziny! Nieraz stan chorego poprawia się, a sedymentacja się przyśpiesza. Po odmie w wielu wypadkach, mimo dobrego ucisku, sedymentacja zwalniała się jedynie nieznacznie. Sedymentacja więc, o ile wypada dobrze, nie jest dowodem, że zmian pł., nawet poważnych, niema. Natomiast, o ile krew spada szybko, można z największem prawdopodobieństwem przypuszczać istnienie zmian poważnych, względnie uznać biochemizm ustroju za mało wartościowy. (np. w innych sprawach jamistych, sedymentacja wynosiła: 48, 98, 80, 148, 130 minut. w niekt. polach zagęszcz. 95,50 m.). Pozatem jestem zdania, że sedymentacja nie jest momentem rokowniczym na dłuższą metę, gdyż nieraz bezpośrednio po świetnym opadzie chory dostaje skoku chorobowego. I przeciwnie, ludzie z lichą sedymentacją poprawiają się, a sedymentacja jest nadal szybka.

Czas leczenia trwał przeciętnie 3 miesiące.

Waga. Przybytek na wadze wyniósł przeciętnie u tych chorych 3,850 kg.

Stosunek badania fizykalnego do rentgenologicznego.

Nacieki wczesne (8). W 3 przypadkach badanie fizyk. wykazywało normę. W 2 przyp. znalazłem jedynie zmianę szmerów oddechowych (wdech szorstki). W 3 prz. oprócz zmiany szmerów wysłuchiwało się trzeszczenia lub drobne rzężenie dźwięczne po kaszlu nad grzebieniem łopatki, podczas gdy nacieki umiejscowione były podobojczykowo. Nacieki obustronne często po jednej stronie objawiały się wysłuchowo, po drugiej zaś wynik badania fizykalnego był ujemny.

Zmiany jamiste, wzgl. dążące do rozpadu. Z wyjątkiem 2 przyp., wykazujących jedynie b. szorstki oddech, objawiały się poza zmianami szmerów odd., (chu-

chający, szorstki, pęcherzykowo-oskrzelowy) rzężeniami drobno i średniobańkowemi, kaszlem jamistym, tak że już badaniem fizykalnem można było rozpoznać proces rozpadowy. W jednym przypadku naciek wczesny, bezobjawowo przebiegający, w czasie leczenia obostrzył się i dał natychmiast wyraźne objawy fizykalne w postaci rzężeń. W przypadku tym założyłem odmę. Mimo, że przypadki jam w materjale moim nie należały zwykle do zupełnie świeżych, gdyż, jak orjentowałem się w/g wywiadów i dawnych prześwietleń, istniały nieraz po kilka miesięcy i miały czas dać spore posiewy, — odmy udawały się, choć przyznać trzeba, istniały zrosty na poziomie największych zmian rentgenologicznych, więc w okolicy podobojczykowej, przeszkadzając kompletnemu uciskowi. Zrosty te jednak z biegiem czasu przerywały się. Jakkolwiek więc badanie fizykalne zmian wczesnych wykryć zwykle nie potrafi, zmiany poważniejsze chwyta i na odmę nie jest jeszcze za późno. Nie chcę przez to nikogo zachęcać do czekania na objawy fizykalne, chcę jedynie podkreślić, że nie należy nigdy rezygnować z próby założenia odmy.

Nacieki wtórne objawiały się zmianami szmerów odd. i trzeszczeniami.

Nacieki zwapniałe, o ile były większych rozmiarów (wiśnia, śliwka), dawały rzężenia drobne niedźwięczne (może z powodu głębokiego usadowienia się).

Pola zagęszczeniowe w 13 przyp. objawiały się zmianami szmerów odd. i trzeszczeniami lub rzężeniami drobnemi i średniemi dźwięcznemi po kaszlu. Zmiany te trwają latami, chorzy tacy wracają co rok do Sanat., gdyż na podstawie tych rzężeń każda komisja uzna ich za czynnie chorych. Dopiero obserwacja wykazuje dobrotliwość takich rzężeń, na zniknięcie których czekać nie warto. Chorych takich nie należy zbyt długo trzymać w Sanat., gdyż długi pobyt robi z nich hipochondryków. Odpowiedniejsza jest krótka kuracja klimatyczna i stała obserwacja w poradni, pozatem coroczny wyjazd na letnisko. W 5 przyp. stwierdzałem jedynie zmienione szmery odd.

Objawy subjektywne i objektywne-laboratoryjne. Prawie wszyscy chorzy pokasływali i odpluwali skąpo, choć zwykłemi metodami prątków się nie stwierdzało. Narzekali na kłucia w bokach i pod łopatkami, dreszczyki, uporczywe nieraz bóle głowy, objawy zmęczenia się. Jedynie w 10 przypadkach (z tego 4 ciężkie, leczone później odmą) nie skarżyli się na nic i można powiedzieć, wyglądali świetnie. Prątki stwierdzono tylko u jednego chorego (pole zagęszczeniowe) i to dopiero przy wyjeździe. Choremu temu proponowano odmę, lecz się nie zgodził.

Leczenie. Wszyscy chorzy leżakowali 5 godzin dziennie w cieniu. Założyłem 6 odm w zmianach jamistych i w obecności pól zagęszczeniowych czynnych. W 11 przypadkach proponowałem odmę, lecz chorzy się na nią nie zgodzili, motywując odmowę ciężkością pracy zawodowej. W jednym wypadku odma nie udała się z powodu zrostów (chora ta przed kilku laty miała wysięk). Większość chorych otrzymywała wlewania dożylne glucalciny, pozatem preparaty tonizujące i środki przeciwkaszlowe.

Zakończenie.

Nowa nauka natrafiła w Niemczech na opór i krytykę. Zarzuca się nowej szkole zaniedbywanie badania fizykalnego, zarzuca się, że nie stworzyła nic nowego, tylko nowemi nazwami ochrzciła dawne pojęcia. Zarzuty te są oczywiście nieuzasadnione, gdyż bada się tak samo skrupulatnie, jak i dawniej, tylko nie uważa się badania fizykalnego za coś nieomylnego, i właśnie gdy to badanie nic nie wykazuje, kontrolujemy nasze ucho rentgenem. Taka doza krytycyzmu nie jest czemś złem, a dla chorego — nieraz zbawieniem. Że jednak nowa szkoła wprowadziła do nauki dawnej pewne nowe wartości starałem się dowieść w ciągu swej pracy. Głównym atutem, jakim walczą obrońcy starych poglądów, jest — statystyka. Rzeczywiście, wszystkie statystyki wykazują znikomo małą ilość nacieków wczesnych. Z drugiej znów strony sprawy szczytowe w pewnym procencie, niewiele mniejszym od spraw naciekowych, wykazują tendencje złośliwe. A niekoniecznie uważać je trzeba za późne sprawy szczytowe. Istnieje wiele niejasności, które dopiero czas wyjaśni. Dziś, mimo dobrze zorganizowanej akcji przeciwgruźliczej, chorzy zjawiają się w Sanatorjach za późno albo... za wcześnie. Nic dziwnego. Jeśli na 10.000 mieszkańców zjawia się rocznie 10 nowych przypadków gruźlicy otwartej, a zaledwie jej część zgłasza się w stadjum

wczesnem do lekarza, a część tej części zostaje schwycona rentgenologicznie, czyż można widzieć dużo wczesnych przypadków? Trzeba też zważyć, że nać. wczesne nie są jedyną formą początkową suchot.

Chwilowo spór o prymat spraw szczytowych, czy nacieków wcz. powinien być przerwany. Nowa szkoła niemiecka oddała Niemcom i narodom, pozostającym pod wpływem ich kultury, wielką usługę. Obudziła ftizjologję z dogmatycznej drzemki szczytowej, przyczyniła się do zrewidowania poglądów na sprawy szczytowe, na pojęcie allergji, na naukę *Rankego* i na naukę o reinfekcie. Nowa nauka poruszyła wszystkie zagadnienia, związane z przebiegiem gruźlicy, a więc problem konstytucjonalizmu, hormonologji, układu wegetatywnego i zjawisk kolloidalnych. Stała się bodźcem do licznych prac wypracowujących diagnostykę różnicową nacieczeń płucnych. Stwierdzenie częstego cofania się wysiękowych spraw gruźliczych zmniejszyło pesymizm dawnej prognozy. Najważniejszemi punktami nowej nauki wydają mi się sprawy następujące: 1) żądanie kontroli rentgenologicznej badania fizykalnego. 2) żądanie od rentgenologji dokładności technicznej, wypracowania zdjęć i ujednostajnienia techniki rentgenologicznej. 3) Zrozumienie, że jedynie współpraca kliniki, gabinetu rentgenologicznego, laboratorjum i sali sekcyjnej doprowadzi do pogłębienia ftizjologji. 4) Postulat radykalnego leczenia początków gr. płuc. przez szersze stosowanie odmy nawet w okresach wczesnych, a nie bawienie się w przydługie leczenie sanatoryjne, zwykle nie wystarczające, i leczenia bodźcowe, często szkodliwe. 5) Zrozumienie znaczenia epidemjologicznego wczesnych form suchot, żądanie katastrowego prześwietlania pewnych grup ludności, więc dzieci w wieku dojrzewania i osób z otoczenia ludzi, chorych na gr. pł. otwartą.

Nowa nauka nie jest obaleniem i zaprzeczeniem starej; jest jedynie jej rzetelną krytyką, przewartościowaniem i uzupełnieniem.

Zakopane 17/VI. 1933.

PIŚMIENNICTWO.

Assmann: Erg. I, Beitr. 71. *Anders:* Beitr. 72, Neue Deutsche Kl. T. VI. *Adler:* Beitr. 73. *Aufrecht:* Th. d. Geg. 1933. *Blumenberg:* Beitr. 71. *Berlin* N. Gr. 1930. *Baden:* Beitr. 71, 73. *Braun:* Beitr. 72, 73. *Bársonyu Koppenstein:* Beitr. 75. *Berman:* Warsz. Cz. Lek. 1933. *Birk u. Hager:* Münch. Med. Wschr. 1928. *Boret:* Schw. M. Wschr. *Behrendt:* Erg. II. *Beitzke:* Erg. III. *Bezançon:* Revue de la Tbc. 1932. *Bernard:* Revue de la Tbc. 1932. *Benda:* M. Kl. 1929. *Bloch M.:* P. A. M. W. T. IX. *Curschmann:* Beitr 69. *Cardis u. Bachmann:* Beitr. 69. *Czeżowska, Grabowski, Hornung:* P. G. Lek. 1932. *Dąbrowski K. Huszczówna:* Med. 1931. *Dąbrowski K. Sabocińska:* Gr. 1929. *Dąbrowski K.* Gruźl. 1931. *Dugge:* D. M. Wschr. 1931. *Dorendorf:* Zeit. f. ärztl. Fortb. 1928. *Edel u Adler:* Beitr. 72. *Ernst:* M. Kl. 1929. *Fernbach:* Beitr. 69. *Fahhad:* Beitr. 72. *Fraenkel:* Beitr. 81. *Fleischner:* Erg. I. A. Prax 1931. *Fiszer Ludwik:* Gr. 1931. *Groedel u Wachter:* Beitr. 69. *Gullbring:* Beitr. 72. *Güterbock:* Beitr. 72. *Gjertz:* Beitr. 73. *Gorecki Zdz.:* P. A. M. W. T. VIII. *Gantz Miecz:* Warsz. Cz. Lek. 1932. *Gähwyler:* Schw. M. Wschr. 1932. *Gasul-Mastbaum:* Podręcznik W-wa 1932. *Gräff:* Beitr. 70. *Grycewicz M.:* Gr. 1932. *Hollo':* Beitr. 69. *Haeger:* Beitr. 71, 72, 73. *Hernheiser:* Beitr. 81. *Hayward:* Zeit. f. ärztl. Fortb. 1928. *Hermann Rudolf:* Beitr. 78. *Harms:* M. Kl. 1929. *Ickert:* Beitr. 72, Beihefte zur. Méd. Kl. 1929 H. 8. *Jaquerod-Bilbert:* Schw. Med. Wschr. 1932. *Jonscher:* Gr. 1928. *Kayser-Petersen:* Beitr. 69, 70. *Kellner:* Beitr. 81. *Keilson Stefan:* P. A. M. W. VIII. *Kaminer-Jochweds:* Med. 1931. *Komis:* Schw. M. Wschr. 1931. *Kaczander-Rudin:* Deut. Med. Wschr. 1931. *Klemperer:* Zeit. f. ärztl. Fortb. Erg. I, podręcznik. *Krûszewska-Wąsowicz:* Gr. 1927. *Kurt Henius:* Lungenth. Spez. Path. u. Ther-Kraus-Brügsch III Bd. *Leitmann:* Beitr. 69. *Loeb:* Beitr. 71. *Liebermeister u Schopp:* Erg. II. *Loeschcke:* Med. Kl. 1929. Beitr. 70. *Leenderzt:* Med. Kl. 1929. *Moeller:* Beitr. 72. *Meyer-Bisch:* Erg. II. *Martyszewski - Werkenthinówna:* Gr. 1930. *Meinertz:* Med. Kl. 1929. *Mischkowsky:* Zth. 1933. *Michałowicz-Popowski:* Gr. 1931. *Nüssel:* Beitr. 69. *Neumann W.:* W. Kl. Wschr. 1931, Med. Kl. 1929. U. Prax 1930, 1931. Erg II. T. Die Klinik der begin. Tbc. Erwachs. 1923. I, II, III T. *Hermann-Wüllenweber:* Beitr. 75. *Orrós:* Beitr. 70. *Pischinger:* Beitr. 69. *Pohl:* Beitr. 69. *Pfaff:* Beitr. 71. *Prosoroff:* Beitr. 72. *Płońskier:* W. Cz. Lek. 1932. *Paszkiewicz L.:* „Poznawanie i rozwój gruźlicy płuc“ 1932 (podręcznik). *Popowski:* Gr. 1928. *Rądeker:* Beitr. 70, 73, Erg. I, III T. Beih. Med. Kl. 1929. H. 8. *Redeker Walter:* Entst. u. Entwickl. d. Lungenschwidsucht d. Erwachs. Leipzig 1928. *Rubinstein:* Beitr. 70. *Sonnenfeld T.:* Beitr. 69. *Stefko:* Beitr. 69, 70. *Spencker:* Beitr. 69. *Sprüngmann:* Beitr. 72. *Schröder:* Beitr. 70, 73, Erg. III. *Staub:* Schr. M. Wschr. 1931. *Sahli:* Schw. M. Wschr. 1930. *Steiger:* Beitr. 78. *Sterling-Okuniewski St.:* Gr. 1929. *Sergeut- Bordet-Durand-Courreau:* Expl. rad. de l'app, resp. Masson 1931, 2 tomy. *Sterling Seweryn:* P. G. Lek. 1932. Podręcznik. *Sokołowski A.:* „Nauka o suchotach pł.“ (podręcznik). *Sokołowski Olg.:* „Gruźlica 1929“, „Suchoty a gruźlica 1930“. *Skibiński:* Gr., 1931, 1930. *Tomor E.:* Schw. M. Wschr. 1930. *Ulrici:* Beitr. 70, podręcznik. *Ungar:* P. G. Lek. 1932. *Weicksel:* Beitr. 75. *Wurm:* Beitr. 81. *v. d. Werth:* Erg. I. *Wiewiórkowsky:* Med. Kl. 1929. *Werkenthinówna:* M. Gr. 1930, Med. 1933. *Zawadowski:* Gr. 1929.

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Leczenie kwasami aminowemi a gorączka sienna. (Acidothérapie aminés et rhume des foins). J. Lenormand.

Presse Médicale. N. 57. 1933.

Autor zastosował w leczeniu kataru siennego u 29 chorych 2% rozczyn tryptofanu i 4% rozczyn histidiny w codziennych wśródskórnych wstrzykiwaniach w dawkach od 0.2 — 0.4 cm^3. Leczenie to ma na celu zastąpienie peptonu dokładnie dawkowanemi produktami odbudowy białek, których działanie jest bardziej stałe, niż tych, które są przypadkowym produktem odbudowy białek obcych przez ustrój. Wyniki leczenia były naogół dobre, u 7 chorych katar ustąpił już po 5 — 6 dniach, w innych przypadkach objawy kataru ustępowały dopiero po 15 — 16 wstrzyknięciach, zmniejszając się stopniowo, u jeszcze innych objawy zachowały się zmiennie. Na 29 chorych u 14 katar znikł zupełnie, u 8 wystąpiła bardzo znaczna poprawa; u 5 objawy choć znacznie złagodzone pozostały, tylko 2 chorych nie wykazało żadnej poprawy. Naogół najpierw znika kichanie, później zmniejsza się wydzielina. Leczenie jednak daje wyniki prawie tylko w czasie zastrzykiwań, po ich przerwaniu dolegliwości wracają się często. Stosowanie tryptofanu i histydyny pozostaje bez wpływu na inne zespoły uczuleniowe, niema żadnego działania na dychawicę oskrzelową i migrenę. Autor przypuszcza, że środki przez niego zastosowane działają drogą układu wegetatywnego, możliwe, że następuje większe wydzielanie śluzu, chroniące błonę śluzową nosa przed działaniem pyłków. Znaczenie praktyczne tego leczenia jest duże, gdyż wywołuje prawie zawsze poprawę, jest łatwe do zastosowania i nie pociąga za sobą żadnych objawów ubocznych.

Kilka uwag o rozpoznawaniu gruźlicy płucnej u młodzieży dorastającej. (Quelques remarques le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de l'adolescent). A. Courcoux et A. Alibert.

Paris Médical. N. 1. 1933.

Wbrew utartemu przekonaniu, że gruźlica płuc rozwija się głównie między 19 — 25 rokiem życia, autorzy stwierdzają na podstawie swych własnych spostrzeżeń, że jest ona bardzo często i u młodzieży dorastającej, u której przebiegając skrycie pozostaje często niepostrzeżona, przygotowując proces gruźliczy, stwierdzany następnie u dorosłych. Dzięki temu ukrytemu przebiegowi traci się często najlepszy moment dla postępowania leczniczego, które z chwilą dalszego rozwoju sprawy nie jest już tak skuteczne. Praca autorów opiera się na spostrzeżeniach, zebranych wśród młodzieży gruźliczej obojga płci w wieku od 12 — 19 roku życia. Spostrzeżenia te wykazały, że gruźlica płucna spotykana rzadko przed 14 rokiem życia, staje się częstsza w 14 i 15 roku, raptownie wzrasta w 16 i 17 roku życia, poczem znowu częstość jej występowania trochę opada. Wśród leczonych 625 chorych liczba młodzieńców i dziewcząt była prawie równa, jednakże u dziewcząt początek gruźlicy jest wcześniejszy; wywołane jest to może okresem dojrzewania, którego niestałość fizjologiczna zmniejsza odporność ustroju. W sferze uboższej rozwija się gruźlica wcześniej, niż u ludzi zamożnych. Początek gruźlicy młodzieńczej bywa różny. U jednych zaczyna się ona jako późne zakażenie pierwotne z charakterystycznym przebiegiem i obrazem rentgenologicznym, u innych występuje w postaci odczynu ze strony opłucnej, najczęściej jako ostra sprawa opłucnowa albo też jako umiejscowione zapalenie opłucnej,[3] które jest zawsze wyrazem sprawy gruźliczej. Czasami początek gruźlicy przybiera banalną postać zapalenia płuc, w innych przypadkach zaznacza się tylko pogorszeniem stanu ogólnego, spadkiem wagi, bladością, zmęczeniem i czasami wyraża się tylko nieznacznemi stanami podgorączkowemi i wreszcie bywa odkryty przypadkowo przy badaniach rentgenologicznych młodzieży pozornie całkowicie zdrowej. Autorzy kładą nacisk na konieczność dokładnego badania młodzieży w kierunku gruźlicy z użyciem wszystkich nowoczesnych sposobów badania w szczególności zdjęć rentgenologicznych.

Nowe oblicze zagadnienia hormonów sercowych. (Un aspect nouveau de la question des hormones cardiaques). Pierre Noel Deschamps.

Archives des Maladies du Coeur. N. 3. 1933.

W początkowych badaniach nad działaniem hormonów sercowych przypuszczano, że ich wpływ zaznacza się głównie na rytmie i skurczach serca. Lecznicze działanie wyciągów mięśnia sercowego miało polegać na regulowaniu akcji serca. W ostatnich latach jednak zagadnienie to przyjęło odmienną postać. Zaczęto stosować już nie wyciągi mięśnia sercowego, ale wyciągi mięśni szkieletowych, których działanie miało być głównie naczyniowe, rozszerzające tętnice, szczególnie tętnice wieńcowe. Wobec tego wyciągi te zaczęto podawać nietylko w przypadkach niedomogi serca lub jego niemiarowości, ale także w dusznicy bolesnej, chromaniu przestankowem i w nadciśnieniu. Równocześnie odkryto podobne działanie naczyniowe wyciągów wątroby (Eutonon Zuelzera) i trzustki (Padutin Freya).

Doświadczenia chorych, które wykazały, że ataki dusznicy bolesnej ustępują czasami pod wpływem ćwiczenia mięśniowego nasunęły *Schwartzmanowi* myśl, że przy skurczach mięśni obwodowych dostaje się do krążenia jakieś ciało, które znosi albo przeciwdziała skurczowi naczyń wieńcowych. Wychodząc z tego założenia *Schwartz-*

mann sporządził wyciąg z mięśni cieląt, który nazwał Myolem, podobne wyciągi wykonane w Niemczech otrzymały nazwę Lacarnolu, w ostatnich czasach używa się także wyciągu zwanego Myotraten. Wyciągi te nadają się przedewszystkiem do leczenia spraw, wywołanych skurczem naczyniowym, w pierwszej więc linji znajdują zastosowanie w stanach dusznicy bolesnej i chromania przestankowego. W przebiegu dusznicy bolesnej działanie ich jest szczególnie korzystne w tych przypadkach, w których niema zmian organicznych serca, w formach t. zw. naczynioruchowych, wywołanych zaburzeniami układu wegetatywnego, tak częstemi u kobiet w okresie przekwitania, dalej w formach toksycznych, powstałych na tle nikotynizmu, nadużywania kawy i herbaty i wreszcie w tych stanach, w których bóle sercowe występują po ruchu. Oprócz wpływu rozszerzającego na naczynia działają jeszcze wyciągi mięśniowe tonizująco na stan mięśnia sercowego i regulują akcję serca, zauważono bowiem, że niemiarowość serca po zastosowaniu wyciągów zmniejsza się albo znika zupełnie. Czasami działanie wyciągów zaznacza się również w zwolnieniu częstości skurczów serca i z tego powodu porównywano ich działanie z wpływem naparstnicy, przyczem działanie tej ostatniej ma być szybsze, silniejsze i wyraźniejsze, o ile jej podawanie, poprzedzono wyciągami mięśniowemi. Co do tego ostatniego punktu jednak nie wszyscy badacze są jednego zdania. Działanie wyciągów wątroby (Eutonon) i trzustki (Padutin) jest nieco odmienne od wyciągów mięśniowych. Wyciągi trzustki mają wpływać głównie na rozszerzenie drobnych naczyń obwodowych, ich wpływ jest szczególnie pożądany w sprawach naczyniowych obwodowych takich jak chromanie przestankowe, choroby Raynaud, acrocyanoza. Eutonon działa podobnie, jednakże nie obniża on ciśnienia krwi, jak Padutin. Żaden z tych wyciągów niema działania toksycznego.

Wyciągi mięśniowe można podawać drogą doustną, a także za pomocą wstrzykiwań śródmięśniowych lub śródżylnych. Najczęściej jest używana droga doustna, która w niczem nie ustępuje wstrzykiwaniom. Dawka dzienna wynosi 50 — 80 kropli w dwóch lub trzech porach. Zalecają także dawkowania stopniowane, w których środek jest brany dłuższy przeciąg czasu, ale chorzy powoli obniżają dawkę, dochodząc doświadczalnie do tej, która jest dla nich najlepszą. Tego rodzaju leczenie może trwać bardzo długo, tygodniami, miesiącami. Wstrzykiwania podskórne lub śródmięśniowe zdają się nie dawać lepszych wyników, niż spożywanie doustne. Wstrzykuje się codzień 1 — 2 cm³. wyciągu. W ciężkich opornych przypadkach dusznicy można wstrzyknąć 2 cm³ wyciągu śródmięśniowo i dać w ciągu dnia 15 — 20 kropli. Wstrzykiwania śródżylne obniżają ciśnienie krwi i działają szczególnie na zaburzenia rytmu.

Do dziś dnia dokładnie nie wiadomo jakiej natury jest czynnik działający w wyciągach mięśniowych.

O wartości odżywczej ostrygi. Jej działanie antianemiczne. (Le valeur alimentaire de l'huitre. Son pouvoir antianémique). Leon Binet et M. Strumza.

Paris Médical. N. 26. 1933.

Ostrygi posiadają dużą wartość i są doskonałym środkiem odżywczym zawierają bowiem na 100 części 7 części ciał białkowych, 2 tłuszczu, 4 węglowodanów i 1 soli mineralnych. Pozatem zaletą ostrygi jest iż jest ona pokarmem żywym, zawierającym 4 najważniejsze witaminy: A, B, C, D. Zawartość mineralna ostryg jest również znaczna, szczególnie jeżeli chodzi o fosfor, wapno i magnesium; zawiera ona także jod, gdy jest hodowana w basenach jodowanych. a ponadto stwierdzono w ostrygach obecność żelaza, manganu, cynku i miedzi. Ten skład chemiczny ostryg tłomaczy może ich właściwości antianemiczne. Autor przekonał się w doświadczeniach zwierzęcych na psach, u których wywoływano sztuczną anemję przez systematyczne upusty i badano następnie regenerację krwi, że pod wpływem odżywiania, do którego dodawano stale tuzin lub dwa tuziny ostryg dziennie, regeneracja krwi była znacznie żywsza, niż u zwierzęcia, które ostryg nie otrzymywało.

Chlorek amonu w leczeniu sklerodermji. (Le chlorure d'ammonium dans la thérapeutique de la sclerodermie). René Leriche et Adolphe Jung.

Presse Médicale. N. 52. 1933.

Autor zastosował, w dwóch początkujących przypadkach sclerodermji, u których leczenie hormonalne pozostało bez wyniku, leczenie zakwaszające, na które składała się odpowiednio dobrana djeta, połączona z podawaniem chlorku amonu w dawce 3 gr. dziennie. Leczenie to miało wpływ wyraźnie korzystny, gdyż nietylko, że zmniejszyły się objawy sclerodermji, ale także obniżył się i poziom wapna we krwi. Korzystny wynik leczenia był wywołany prawdopodobnie dodatnim działaniem zakwaszenia na wydzielanie wapnia w moczu.

Wpływ usunięcia górnego współczulnego zwoju szyjnego na gruczoły przytarczyczne u psa. (Effets de la résection du ganglion sympathique cervical supérieur sur les glandes parathyroides chez le chien). Leriche, Jung et Woringer.

Presse Médicale. N. 57. 1933.

Autorzy postawili sobie za cel zbadanie czy możliwe jest wzmożenie niewystarczającej czynności gruczołów przytarczycznych przez ożywienie ich krążenia za pomocą zabiegu nad układem współczulnym. Doświadczenia autorów u dwóch osób, u których wykonano sympatektomię na krótkim odcinku art. thyreoidea, nie wykazały żadnego działania tego zabiegu na poziom wapnia we krwi, obniżony przed zabiegiem. Natomiast w doświadczeniach wykonanych na 8 psach, którym usunięto górny współczulny zwój szyjny przy czem u 4 psów wykonano ponadto jeszcze sympatektomię tętnicy dogłowowej, przekonali się autorzy o wyraźnem działaniu tego zabiegu na poziom wapnia we krwi. Poziom ten stale obniżał się po sympatektomji, jednakże w następstwie po jednym do czterech tygodni podnosił się znowu, przewyższając wtedy stan początkowy. Usunięcie zupełne przytarczyczek wykonane w różnych okresach do sympatektomji pociągało za sobą śmierć zwierząt w 1 — 16 dni po zabiegu. Przytarczyczki te były przekrwione podobnie jak i tkanki sąsiednie, badania histologiczne wykazały wyraźne

powiększenie komórek miąższowych. Autorzy wnioskują, że sympatektomja szyjna, polegająca na usunięcie górnego zwoju szyjnego z równoczesną sympatektomią tętnicy dogłowowej, ma istotny wpływ na gruczoły przytarczyczek i powiększenie ich komórek miąższowych. Zdaniem autorów zastosowanie zabiegu jest uzasadnione w klinicznie wyraźnych przypadkach niewystarczalności gruczołów przytarczycznych. *E. Reicher.*

CHOROBY DZIECIĘCE.

Czyste postacie grypy u dzieci. (Les formes pures de la grippe chez les enfants). P. Nobécourt.

La pédiatrie pratique. Juillet. 1933.

Zarazek grypy nie jest znany. Niektórzy sądzą, że jest to zarazek przesączalny. W okresach wolnych od pandemji grypy, spostrzega się epidemje miejscowe, grypę sezonową. Te przypadki grypy są trudne do odróżnienia od banalnych sezonowych zakażeń górnych dróg oddechowych wywołanych przez różne drobnoustroje, jak pneumokoki, paciorkowce, laseczniki Pfeiffer'a, micrococcus catarrhalis i inne. Z drugiej zaś strony drobnoustroje te wywołują wtórne zakażenia w przebiegu istotnej grypy. Bakterjologiczne rozpoznanie grypy nie jest więc dotychczas możliwe.

Grypę spostrzega się w wieku dziecięcym równie często jak i wśród dorosłych, szczególnie w dużych skupieniach dzieci, jak np. w szkołach. Niektórzy sądzą, że grypa zdarza się wyjątkowo tylko u noworodków i niemowląt do 6-ciu miesięcy. Inni przypuszczają, że pewna odporność cechuje wyłącznie niemowlęta żywione piersią. W rzeczywistości jednak niemowlęta chorują na grypę bardzo często. Obraz kliniczny grypy trudno ustalić, ze względu na wielką zmienność objawów. Objawy bywają różne w zależności od charakteru epidemji, często ulegają zmianie w przebiegu jednej epidemji, lub w zależności od wieku chorych, poprzedniego ich stanu zdrowia i wtórnych powikłań grypowych. Opisywane są: 1) postacie czyste bez umiejscowionych zmian, 2) postacie czyste umiejscowione, 3) postacie powikłane, 4) postacie skojarzone z innemi chorobami, 5) postacie uzależnione od wieku dziecka.

Okres wylęgania grypy jest krótki (1 — 2 dni), bezobjawowy. Grypa cechuje się nagłym początkiem. Najbardziej objektywnym objawem jest gorączka, szybko dochodząca do 39 — 40°.

Przebieg bywa krótszy lub dłuższy. W pierwszym przypadku gorączka opada do normy po 2 — 3 dniach, lecz często stwierdza się jeszcze dodatkowo lekki nawrót gorączki 5 — 6 dnia choroby. Istnieją jednak postacie, w których gorączka trwa do 10-ciu dni i dłużej, najczęściej jako stan podgorączkowy o charakterze zmiennym.

U niemowląt często w przebiegu grypy występuje zapalenie ucha środkowego. Krzywa ciepłoty często wykazuje charakterystyczny przebieg: po przerwie bezgorączkowej, gorączka powraca znowu 5 — 6-go dnia choroby.

Gorączce grypowej mogą towarzyszyć różne objawy; najważniejsze z nich dotyczą układu nerwowego: astenja, przygnębienie, złe samopoczucie, bóle głowy, mięśni, kończyn i stawów. Stwierdza się przekrwienie ogólne powłoki skórnej, szczególnie uwidocznione na twarzy.

Częstemi też są objawy ze strony przewodu pokarmowego: brak łaknienia, wzmożone pragnienie, wymioty. Język bywa biały, opalizujący („porcelanowy"), czasami zaczerwieniony podobnie jak w płonicy. Zaczerwienioną jest także śluzówka jamy ustnej i gardzieli. Ze strony dróg oddechowych stwierdza się: męczący kaszel o charakterze gardzielowo-krtaniowym; głos lub krzyk może być nieco zmieniony. Wątroba i śledziona nie powiększone; tętno szybkie, miękkie, łatwo uciskalne. Mocz skąpy, wysycony, nie zawiera białka. Po spadku gorączki dłużej utrzymują się: brak łaknienia, osłabienie i kaszel.

Istnieją także postacie grypy ciężkiej. toksycznej, w których ciepłota dochodzi do 40 — 41°. Dziecko jest nieruchome, zamroczone; stwierdza się żywą duszność „sine materia", znaczne przyśpieszenie i osłabienie tętna i akcji serca. Zejście śmiertelne może wystąpić wtedy w ciągu kilku godzin.

Odchylenia w objawach nie są wybitne w zależności od wieku dziecka; naogół jednak im dziecko jest starsze tym objawy są bardziej liczne i urozmaicone. Przebieg choroby jednak nie różni się znacznie. U niemowląt stwierdza się częściej pewne powikłania: rhino-pharyngitis, zapalenia ucha środkowego, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, odoskrzelowe zapalenie płuc.

Rozpoznanie opiera się głównie na istnieniu epidemji. Grypa cechuje się nagłym początkiem, wybitnemi objawami ogólnemi i znikomemi objawami miejscowemi. Szczególnie utrudnione różniczkowanie bywa ze zrazowem zapaleniem płuc, którego początkowe objawy i stan ogólny mogą być identyczne.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA.

Znaczenie badania bakterjologicznego płynu zapalnego w jamie otrzewnowej dla rokowania w przypadkach przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy z powodu wrzodu. (Bactériologie des épanchements peritonéaux des ulcères gastro-duodénaux perforés). Clavel i Gellve.

Lyon Chir. XXX — Nr. 3, maj-czerwiec 1933.

Odnośne badania i dane statystyczne na ten temat nie są zbyt liczne. Statystyka Moskiewskiego Zakładu chirurgji nagłych przypadków chirurgji (Dyr. Żudin) podaje tu następujące liczby.

Na 104 przypadki przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy wskutek wrzodu było: przypadków z jałowym płynem otrzewnowym — 10, z zakażonym — 94; z pierwszej grupy wszystkie 10 zostały wyleczone bez powikłań, z drugiej — 17 przypadków zmarło. Jeśli teraz podzielić wszystkie przypadki na dwie grupy zależnie od tego, czy były operowane przed upływem 12 godzin od chwili powstania przedziurawienia, czy — po, to w pierwszej grupie, liczącej 94 przypadki 10% przypadków było jałowych, w drugiej zaś — jałowego przypadku nie było ani jednego. Do najczęściej spotykanych drobnoustrojów należały: paciorkowce (diplostreptococcus, streptococcus), gronkowce, dwoinki (diplococcus) i

drożdże; a poza tem znajdywano prątka okrężnicy i inne prątki, których nie udało się zidentyfikować.

Statystyka autorów oparta jest na 17 przypadkach przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy wskutek wrzodu, z których 9 okazało się w czasie operacji jałowych, pozostałych 8 — zakażonych. Badano florę otrzewnową bezpośrednio i na pożywkach. Przypadki z płynem jałowym zostały wszystkie wyleczone, w 95% bez jakichkolwiek powikłań. Przypadki zakażone dały 50% śmiertelności (3 razy przyczyną zakażenia był paciorkowiec raz — prątek okrężnicy) i prawie wszystkie były powikłane w swym przebiegu pooperacyjnym.

Rokowanie kliniczne w przypadkach przedziurawienia żołądka lub dwunastnicy wskutek wrzodu opiera się na następujących przesłankach:

1) jak szybko chory został poddany operacji (rokowanie dobre, jeśli operacja została wykonana w pierwszych 12 godzinach, gorsze — jeśli po upływie 12 godzin);

2) ciepłota i tętno bezpośrednio przed operacją (złe rokowanie daje gorączka powyżej 39° i skrzyżowanie krzywej tętna z krzywą ciepłoty);

3) umiejscowienie przedziurawienia (przedziurawienie żołądka daje lepsze rokowanie, niż przedziurawienie dwunastnicy);

4) ilości wysięku w jamie brzusznej (duże ilości wysięku cuchnącego, rozlanego po całej jamie otrzewnowej, pogarszają rokowanie).

W przypadkach, w których płyn otrzewnowy był zakażony, czas, który upłynął od chwili wystąpienia przedziurawienia do momentu operacji, wynosił: 30 godzin, 28, 21, 24, 11, 7, 6 i 5 godzin.

Naogół wskazówki co do rokowania, wypływające z przesłanek klinicznych, zgodne są ze wskazówkami, wypływającemi z przesłanek bakterjologicznych. Tej zgodności dowodzą wszystkie odnośne spostrzeżenia kliniczne. Stwierdziwszy zaś w płynie, pobranym z jamy otrzewnowej do badania w czasie operacji, obecność drobnoustrojów chorobotwórczych, należy rokowanie w tym przypadku oceniać bardzo ostrożnie, gdyż jest on tu specjalnie narażony na różne powikłania pooperacyjne — otrzewnowe, opłucnowe ewentualnie inne.

Przypadki choroby posurowiczej w następstwie wsysania się krwiaków pooperacyjnych. (Réactions du type „maladie sérique“ due au sang extravasé à la suite d'une opération, d'un traumatisme ou d'une lésion pathologique). M i c h i n.

Lyon Chir. XXX — Nr. 3, maj-czerwiec 1933.

Autor podaje opis 3 przypadków, w których w pierwszych dniach po operacji (wycięcie macicy, przydatków) względnie po odniesieniu obrażeń wskutek upadku na ulicy (rozległe potłuczenie) — wystąpiła choroba posurowicza ze wszystkiemi jej typowemi objawami: pokrzywką, gorączką, ogólnem rozłamaniem, bólami głowy i stawów, mdłościami. Chore te ani bezpośrednio przed operacją względnie wypadkiem, ani po tem nie otrzymały ani razu wstrzyknięcia obcej surowicy. W przypadkach operowanych objawy choroby posurowiczej wystąpiły na trzeci dzień po operacji, w przypadku urazowym — dopiero po tygodniu (zaraz po zjawieniu się perjodu), przyczem w tym ostatnim przypadku objawy te następnie w ciągu szeregu miesięcy wracały stopniowo w coraz słabszej postaci przy każdym perjodzie. Chora ta przed wypadkiem nigdy ani pokrzywki, ani innych objawów anafilaktycznych nie miewała.

We wszystkich przypadkach stwierdzono obecność dużych krwiaków (loco operations) względnie rozległych podbiegnięć krwawych (potłuczenia) i z ich istnieniem wiąże autor w sposób przyczynowy zjawienie się choroby posurowiczej.

Czy i w jaki sposób chore opisane zostały w swoim czasie uczulone na własną krew, tego autor nie był w stanie ustalić, a pozatem wogóle ma wątpliwości, czy takie uczulenie musi koniecznie poprzedzać wystąpienie choroby posurowiczej. Spostrzegano już niejednokrotnie pokrzywkę po zastosowaniu autohemoterapji. Z drugiej strony, pokrzywkę leczy się skutecznie właśnie autohemoterapją, co pozornie wygląda paradoksalnie, a tłumaczy się tem, że wstrzyknięcie krwi wywołuje wstrząs humoralny, który może w tym samym stopniu z a k ł ó c i ć równowagę fizykochemiczną płynów tkankowych, jak i ułatwić im p o w r ó t d o r ó w n o w a g i.

Lumière wśród przyczyn, wywołujących we krwi zjawiska precypitacyjne i skłaczkowacenia (floculatio), wymienia: urazy, stłuczenia, rany, zabiegi operacyjne — przyczem skłaczkowacenie uważa za bezpośrednią przyczynę wystąpienia pokrzywki anafilaktycznej. Inni autorowie uważają, że wstrząs, wywołany przez krwotok wewnętrzny, zależy nie tyle od ilości wylanej krwi, co od ilości tej jej części, która została wessana do tkanek. W związku z powyższem wyłania się zagadnienie, czy wogóle wstrząs pooperacyjny, poporodowy i pourazowy w najszerszem tego słowa znaczeniu nie jest w pierwszym rzędzie funkcją ilości wessanej krwi z ogniska pourazowego.

Rozpoznawanie obrażeń w zakresie napięstka. (Séméiologie des lésions traumatiques du carpe). M e n e g a u x.

La Presse Méd. Nr. 45, czerwiec 1933.

Ze względu na drobne wymiary wchodzących w skład napięstka kostek i niewielkie ewentualne przemieszczenia w przypadkach ich złamań badanie kliniczne jest tu naogół bardzo utrudnione a rozpoznanie musi się oprzeć w pierwszym rzędzie na wynikach zdjęcia rentgenowskiego (zawsze — po porównaniu ze stroną zdrową).

Praktycznie biorąc, tylko dwa rodzaje obrażeń wchodzą tutaj w grę: złamanie kości łódkowatej i zwichnięcie kości półksiężycowatej do przodu. Inne obrażenia są bez porównania rzadsze.

Napięstek, jak wiadomo, tworzą dwa rzędy kostek. I rząd od strony promieniowej: kość łódkowata, półksiężycowata, piramidowa i haczykowata. II rząd: wielościenna duża wielościenna mała, główkowata i haczykowata. Kość łódkowata (posiadająca fizjologicznie 2 jądra kostnienia — co może w niektórych przypadkach prowadzić do mylnego rozpoznania jej złamania) wraz z kością półksiężycowatą wchodzą w skład stawu promieniowo-napięstkowego. Kość półksiężycowata jest przymocowana dość mocnem więzadłem do przedniego (dłoniowego) brzegu promienia, będąc w luźnym naogół związku z sąsied-

niemi kostkami. To tłumaczy przewagę jej zwichnięć na stronę dłoniową.

I. Złamanie kości łódkowatej. Zmiany przedmiotowe są niewielkie: obrzmienie okolicy „tabakierki anatomicznej" (wypełnienie odnośnego zagłębienia względnie jego uwypuklenie), bolesność uciskowa w tem miejscu, czasami wyczuwa się tarcie kostne, widać siniak, zginanie dłoni w kierunku bocznym (odwodzenie i przywodzenie) jest bardzo bolesne — poza tem ruchy dłoni są niezmienione i niebolesne, bolesne są ruchy dużego palca i bolesnem jest szturchnięcie wzdłuż osi tego palca, przyczem ból chory umiejscawia w okolicy tabakierki. Rozpoznanie tutaj staje się tym trudniejsze, im później po wypadku chory zgłosi się do lekarza, gdyż po kilku miesiącach złamanie kości łódkowatej będzie maskowane objawami rzekomego zapalenia stawów napięstkowych — gośćcowego, gruźliczego, czy też rzeżączkowego. Decyduje o rozpoznaniu we wszystkich przypadkach zdjęcie rentgenowskie, które zwykle wykazuje złamanie poprzeczne kości łódkowatej z niewielkiem przemieszczeniem odłamów (obwodowego i dogłowowego); dość często widzi się przy tem odłamanie dolnozewnętrznego brzegu kości promieniowej. Należy pamiętać zawsze o możliwości istnienia fizjologicznej anomalji pod postacią os naviculare bipartitum (porównanie ze stroną zdrową).

II. Zwichnięcie kości półksiężycowatej — z przemieszczeniem się kości główkowatej (os capitatum) na jej stronę grzbietową, przyczem kość półksiężycowata może ulec całkowitemu przemieszczeniu się na stronę dłoniową napięstka, skręciwszy się wzdłuż osi poprzecznej o 90°, lub pozostać na miejscu, tracąc jedynie swoje połączenie prawidłowe z kością główkowatą. Objawy kliniczne: silny ból, drętwienie i mrowienie w zakresie nerwu pośrodkowego (ucisk przez przemieszczoną kostkę), znaczne ograniczenie ruchów czynnych i biernych w zakresie dłoni i palców (skrócenie pozorne ścięgien zginaczy, wypchniętych do przodu przez kość półksiężycowatą) — w ustawieniu wyprostnem dłoni i zgięciu dłoniowem palców, znaczne obrzmienie okolicy napięstka i powiększenie jego wymiaru przednio-tylnego; poza tem, stwierdza się wyraźne skrócenie napięstka, do 1 cm, i wyczuwa się od strony grzbietowej przemieszczoną w tę stronę kość główkowatą.

Zdjęcie rentgenowskie wyjaśnia bezapelacyjnie wszelkie wątpliwości, pozwalając zarazem stwierdzić, czy nie ma miejsca jednoczesne złamanie kości promieniowej (częste w tych przypadkach).

Nieleczone zwichnięcie kostki półksiężycowatej sprowadza bardzo ciężkie i trwałe zaburzenie czynności dłoni i palców (nerwowe i stawowe).

III. Do rzadszych obrażeń w zakresie napięstka należą: zwichnięcie w stawie napięstkowo-promieniowym, zwichnięcie śródnapięstkowe, zwichnięcie i złamanie poszczególnych kostek (zwichnięcie k. łódkowatej, złamanie półksiężycowatej, główkowatej, piramidowej, wielościennych), wykręcenia w stawie promieniowonapięstkowym i śródnapięstkowym (bez obrażeń kostnych).

Całkowite rozerwanie obu ciał jamistych prącia. (Rupture traumatique des corps caverneux). Papin.

Journ. d'Urologie XXXIV. N. 5, maj 1933.

Mężczyzna 32-letni, przy zapuszczaniu silnika samochodowego korbą ręczną, upadł i uległ stłuczeniu prącia. Wystąpiło silne obrzmienie i zasinienie prącia i trwające przez 3 dni krwawienie z cewki. Po 15 dniach pozostało jedynie pierścieniowate przewężenie prącia i bardzo nieznaczne utrudnienia w oddawaniu moczu. Chory ten w 10 tygodni od wypadku był badany przez autora, który stwierdził wówczas na 5 cm w kierunku dogłowowym od brózdy okrężnej żołędzi prącia pierścieniowate przewężenie obu ciał jamistych, średnicy ca 1 cm; w miejscu tem ciągłość ciał jamistych jest przerwana i zastąpiona przez bliznowatą tkankę łączną. Ciągłość cewki moczowej — zachowana; skóra jest swobodnie przesuwalna i niezespolona z blizną ciał jamistych. Badając zgłębnikiem, stwierdza się niewielkie zwężenie światła cewki w miejscu blizny. Chory podaje, że w czasie erekcji wzwodowi ulega tylko część prącia do tyłu od miejsca przewężenia, część zaś przednia zwisa, pozostając niewypełnioną; stanowi to duże zaburzenie w jego funkcjach płciowych.

U chorego powyższego miało miejsce zupełne rozerwanie obu ciał jamistych prącia, z całkowitem przerwaniem ich ciągłości i powstaniem blizny tkankołącznej w tem miejscu; jednocześnie, nastąpiło obrażenie śluzówki cewki moczowej. Na zaproponowaną mu operację nie zgodził się. Uzyskał rentę inwalidzką, ocenioną na 40%.

Przypadek powyższy zasługuje na szczególną uwagę z następujących względów: uraz dotyczył prącia w stanie zupełnego zwiotczenia (a nie — będącego w stanie erekcji, jak to zwykle bywa), rozerwaniu uległy oba ciała jamiste i przerwanie ich ciągłości było całkowite.

Leczenie tego rodzaju przypadków jest zasadniczo operacyjne; operacja polega na wycięciu pierścienia bliznowatego i zeszyciu dokładnem obu końców każdego z ciał jamistych. Jednak ostatecznie pewnych wyników leczenie to nie daje, gdyż po najbardziej dokładnem zeszyciu rozerwanych ciał jamistych może powstać w tem miejscu blizna rozległa, która popsuje cały efekt operacji (jak to bywa np. po zeszyciu koniec z końcem cewki moczowej lub moczowodu).

W przypadku opisywanym wstrzykiwano w celach leczniczych w okolicę blizny 4% roztwór tiosinaminy — jednak bez wyniku.

M. Czyżewski.

CHOROBY KOBIECE. POŁOŻNICTWO

W sprawie leczenia raka szyjki macicy w czasie ciąży i porodu. (A propos de la thérapeutique du cancer du col utérin au cours de la gestation). Rochet E.

Revue Franç. Gynéc. Obstétr. T. 27. N. 4, 1933.

Wywody autora w sprawie wyłuszczonej w tytule dadzą się streścić jak następuje:

1) w ciągu pierwszych 5 mies. ciąży należy w przypadkach nadających się do operacji natychmiast wyciąć macicę.

2) W 6-ym i 7-ym mies. ciąży należy poddać

chorą obserwacji (?! — refer.) i w przypadkach powolnego rozwoju nowotworu zastosować rad przez pochwę, poczem po dojściu płodu do zdolności do życia wykonać cięcie cesarskie z jednoczesnym usunięciem macicy; o ile nowotwór wykaże szybki rozwój należy macicę natychmiast usunąć.

3) W przypadkach nienadających się do operacji wchodzi w grę tylko leczenie radem, z końcem zaś ciąży należy zastosować cięcie cesarskie z odcięciem macicy nadpochwowem i z ewentualnem założeniem igieł radowych od góry per laparotomiam.

4) O ile chora zgłasza się dopiero w czasie porodu należy w każdym przypadku rozwiązać ją cięciem cesarskiem; ponadto należy bądź wyciąć macicę w przypadkach nadających się do operacji, bądź odciąć ją nadpochwowo w przypadkach do niej się nienadających.

5) Jeśli chora zgłasza się w połogu to postępowanie lekarskie w zasadzie nie różni się w niczem od postępowania poza okresem generacyjnym.

Pyridium w położnictwie i ginekologji. (Le pyridium en obstétrique et en gynécologie). M a r i o n D., L. A. M a g n a n.

Un. méd. Canada. T. 61, str. 1061, 1932 r.

Autorzy zastosowali pyridium, lek znany i dodatnio oceniany w urologji, — również w zapalnych schorzeniach narządu rodnego, a mianowicie: w gonokokowym zakażeniu pochwy, sromu i szyjki, dalej w nieżytach szyjki z lub bez nadżerki, jak również w zapalnych stanach macicy i przydatków; w położnictwie stosowali autorowie pyridium w połogowych sprawach zapalnych.

Leczenie polegało na przyjmowaniu 2 tabletek dziennie, a ponadto stosowano pyridium w irrygacji w 1% rozczynie, w gałkach pochwowych (3%), jak również w 3% maści.

W powikłanych stanach zapalnych stosowano oprócz pyridium także zwykłą terapję resorbcyjną.

Wyniki autorzy określają jako bardzo dobre i godne zalecania.

W sprawie leczenia pewnych postaci braku miesiączki zapomocą upustów krwi. (Du traitement de certains aménorrheées par la saignée générale). V i o l e t H.

Rev. Franç. Gynéc. T. 27, str. 709, 1932 r.

Przypominając starożytny sposób leczniczego upustu krwi autor przytacza dwa przypadki, przemawiające jakoby za pobudzeniem pęcherzyka Graafa do dojrzewania zapomocą upustu krwi.

W przypadku pierwszym 24-ro letnia mężatka, cierpiąca na brak miesiączki od 19 miesięcy dostała krwawienia miesięcznego po upuście krwi. Leczenie to stosowano dwukrotnie w odstępie 3 mies., za każdym razem z dobrym skutkiem.

Drugi przypadek dotyczył osoby 37-io letniej, u której od 3 lat ustały miesiączki być może w związku z przebytą przed paroma laty skrobanką. Po upuście 180 cm³ krwi wystąpił w 28 godzin normalny perjod, który nadal powrócił do regularnego rytmu.

T. Zawodziński.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Znaczenie gonoreakcji. (Valeur actuelle de la gono-réaction). P. P. B a r b e i l l o n, m-lle L e b e r t.

Journal d'Urologie. N. 2. 1933.

Odczyny serologiczne w przebiegu rzeżączki nabierają głównie znaczenia w tych przypadkach, w których zawodzą badania bakterjologiczne. Prowadzone równorzędnie z badaniami klinicznemi i bakterjologicznemi ułatwiają w znacznym stopniu postawienie rozpoznania. Dodatnie odczyny serologiczne w przebiegu rzeżączki zjawiają się mniej więcej w trzecim tygodniu zakażenia, istnieją zawsze w przebiegu powikłań, zwłaszcza stawowych, utrzymują się w ciągu całego czasu trwania choroby, często jeszcze przez 2 miesiące po wyzdrowieniu. Jeżeli dodatni odczyn utrzymuje się przez 3 miesiące po wyzdrowieniu klinicznem — należy wątpić w wyleczenie. Za-

strzyki przeciwrzeżączkowych szczepionek powodują w kilka tygodni również powstanie dodatnich odczynów nawet u osobników niezakażonych. Gonoreakcja ma duże znaczenie w rozpoznawaniu rzeżączki u kobiet, zwłaszcza poparta argumentami klinicznymi.

Nie można polegać na gonoreakcji w następujących przypadkach: 1) u kiłowych, u których może wypaść dodatnio i bez zakażenia rzeżączkowego, 2) w okresie połogu i 3) karmienia. Wkońcu należy zaznaczyć, że do dziś dnia nie znamy sposobu określenia czułości tego odczynu.

Leczenie guzowatych naczyniaków wstrzykiwaniami salicylanu sodowego. (Traitement des angiomes tubéreux par les injections sclérosantes de salicylate de soude). A. Touraine i P. Renault.

La Presse Médicale, 1933, N. 13.

Leczenie wstrzykiwaniami 20% salicylanu sodowego, wywołujące zbliznowacenie naczyniaków — jest sposobem prostym, szybkim i bezpiecznym. Autorzy otrzymywali dobre wyniki po 3-ch do 5-ciu tygodniach leczenia, zależnie od wielkości naczyniaków. Wstrzykiwania wykonywali raz w tygodniu, wkłuwając igłę od obwodu jeszcze w skórę zdrową i zagłębiając ją na 1 cm w naczyniak. O ile wyniki nie były zadawalające — zwiększano stężenie wyżej wymienionego środka.

Leczenie naczyniaków skórnych wstrzykiwaniami pochodnych chininy i mocznika w połączeniu z krioterapją. (Le traitement des angiomes cutanées par les injections sclérosantes de chlorhydrate double de quinine et d'urée associés à la cryothérapie). A. Sézary, M. Ducourtioux, G. Barbara.

La Presse Médicale, 1933, N. 13.

W pracy swojej rozróżniają autorowie naczyniaki guzowate i podskórne, których leczenie jest łatwe i naczyniaki płaskie, których leczenie jest trudne. Roztwory 5 — 10% podwójnych chlorowodorowych połączeń chininy i mocznika wstrzykiwane początkowo w małej ilości, aby wypróbować wrażliwość organizmu na chininę, następnie w dawkach coraz większych — dawały wyniki bardzo dobre, zwłaszcza w połączeniu z krioterapją, którą stosowano po wstrzyknięciu. Wyniki kosmetyczne były bardzo podobne do otrzymywanych przy pomocy radu.

Z. Jastrzębska.

BIBLJOGRAFJA

G. Lorenzini. Lecons sur l'alimentation. Masson et Cie. 1933. 325 stron. Cena 36 fr. fr.

Rzadko w ostatnich czasach można było sygnalizować ukazanie się książki więcej potrzebnej dla lekarza praktyka, niż podręcznik Lorenzini'ego. Przewyższa on inne dzieła poświęcone djetetyce przedewszystkiem tem, że zawiera spory dział poświęcony prawidłowej przemianie materji a następnie swą wszechstronnością i nowoczesnością. Do najciekawszych działów należy rozdział o żywieniu dzieci i starców, o djetetyce w rozmaitych schorzeniach (nie tylko przewodu pokarmowego lecz i innych) oraz o odżywianiu niemowląt. Książka jest utrzymana w stylu wykładowym, wskutek czego czyta się łatwo a styl potoczysty autora czyni lekturę jeszcze przyjemniejszą.

J. La Barre. Diabète et insulinémie. Masson et Cie. 1933 284 str. Cena 40 fr. fr.

Książka ta przeznaczona raczej dla specjalisty lub naukowego badacza nie jest jednak pozbawiona wartości i dla lekarza praktyka. Znajdzie on bowiem w niej sumę naszych wiadomości o gospodarce cukrowej, o czynnikach wpływających na przemianę węglowodanową i wreszcie bardzo obszernie wyłożony dział o klinice i leczeniu cukromoczu. Podane w końcu każdego rozdziału bardzo obfite piśmiennictwo, wyróżnia tę książkę dodatnio wśród większości podobnych.

R. Morichau-Beauchant. L'exploration de l'intestin. G. Doin 1933. 514 str. Cena 42 fr. fr.

Znowu jedna z książek bardzo pożytecznych dla lekarza praktyka. Część pierwsza zajmuje się objawami i obrazami klinicznemi rozmaitych schorzeń przewodu pokarmowego, druga jest poświęcona omówieniu poszczególnych postaci chorobowych, rozpoznaniu różniczkowemu i leczeniu, wreszcie w trzeciej przedstawione są stany ostre, stojące na pograniczu chirurgji jak zapalenie wyrostka, rozmaite przebodzenia i t. d. Dział czwarty stanowi może najciekawszą i najoryginalniejszą część książki albowiem omawia tu autor sprawy ostre połączone z objawami brzusznemi i symulującemi poniekąd schorzenie jelitowe, a zależne jednak od przyczyny nie związanej z przewodem pokarmowym. Już ten sam dział stanowi istną skarbnicę nadzwyczaj cennych i pożytecznych wiadomości, wiadomości zazwyczaj

rozrzuconych tu i ówdzie, a w tej książce zebranych w wymowną i dydaktyczną całość. Z innych mniejszych rozdziałów na uwagę zasługuje dział poświęcony zaparciu nawykowemu, przewlekłemu zapaleniu wyrostka i inne.

KRONIKA.

Stowarzyszenie lekarzy krynickich zaczyna energicznie zabiegać koło urządzenia V. Zjazdu lekarskiego, poświęconego naukowym badaniom nad środkami leczniczymi naszych zdrojowisk. Tradycja tak świetnie udanych poprzednich zjazdów nie pozwala na chwilę wątpić, że i ten zjazd uda się znakomicie tak pod względem przybyłych lekarzy, jak i wyników naukowych ich pracy dla polskiego zdrojownictwa tembardziej, że współudział swój przyrzekli i najpoważniejsi nasi profesorowie i docenci oraz wielu wybitnych lekarzy. Między innymi obiecali zaszczycić zjazd swą obecnością i wykładami profesorowie Czyżewicz i Semerau-Siemianowski i docenci Beck i Wierzuchowski z Warszawy, Klinika położn. ginekolog., oraz Doc. Dr. Mączewski ze Lwowa, prof. Kowalski i docenci Bajoński, Łabendziński, Żuralski z Poznania, prof. Jakowicki z Wilna, profesorowie Zubrzycki i Korczyński z Krakowa i wielu innych. Stowarzyszenie lekarzy krynickich postara się dla biorących udział w zjeździe o wszelkie możliwe ulgi tak kolejowe jak mieszkaniowe i inne, oraz o rozrywki, w które Krynica tak obfituje w sezonie zimowym. Zjazd ten odbędzie się w dniach 6 (Święto Trzech Króli), 7 (niedziela) i 8 stycznia 1934 r.

Zgłoszenia przyjmuje sekretarz generalny Dr. Stanisław Lewicki, Krynica, dom „pod Trąbką".

***

Ukazała się Monografja p. t.

„ZAPALENIE PŁUC U DZIECI".

Zagadnienia patogenezy w świetle kliniki, bakterjologji i anatomji patologicznej

R. Stankiewicza.

Skład główny: Polski Komitet Opieki nad Dzieckiem. Warszawa, Litewska 16, tel. 9.41-00.

***

15 Zjazd Franc. T-wa. ortopedycznego odbędzie się 13. i 14.X. w Paryżu pod przewodnictwem prof. Mathieu. Tematy programowe Zjazdu są następujące:

1) Krwawe nastawienie wrodzonych zwichnięć biodra. Referent — prof. Mutel (Nancy).

2) Przewlekłe zapalenia stawów kręgosłupa. Referent — Dr. A. Richard (Berck).

Zgłoszenia przyjmuje Sekretarz Generalny Profesor H. L. Rocher, Bordeaux, rue Judaique 91.

***

IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego odbędzie się pod protektoratem p. Min. Opieki Społecznej dr. Stefana Hubickiego 6 i 7 listopada b. r. we Lwowie.

Pierwszy temat główny: *Opieka nad kalekami w Polsce.* Referenci: Dr. Mieczysław Kosiński (Kraków) i dr. Henryk Cetkowski (Poznań). Koreferent: Przedstawiciel Ministerstwa Opieki Społecznej — dr. Reklewski Witold.

Drugi temat główny: *Operacje wytwórcze stawów.* Referent: docent dr. Adam Gruca (Lwów). Koreferenci: dr. Juljusz Zaremba (Kraków), docent dr. A. Wojciechowski (Warszawa).

Termin zgłaszania poszczególnych odczytów mija dn. 10 października b. r. Podczas Zjazdu odbędzie się Wystawa narzędzi i przyborów ortopedycznych, aparatów, leków i t. p.

Wszelką korespondencję w sprawie Zjazdu kierować należy do Sekretarza Zarządu P. T. O. dra Henryka Lewittoux, Warszawa, Nowowiejska 35, w sprawie Wystawy — do doc. dra Adama Grucy, Lwów, Rutowskiego 10.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres administracji, Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O.** 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA", Warszawa, Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.